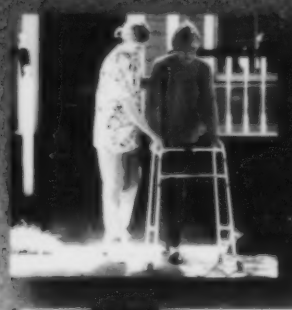
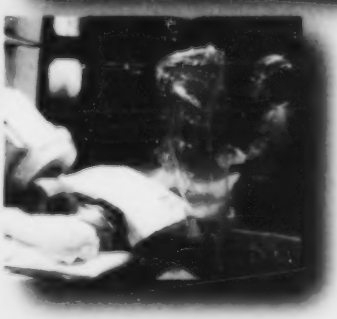
RAPPORT ANNUEL

Rapport annuel de gestion 2003-2004





Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec

RAPPORT ANNUEL

Rapport annuel de gestion 2003-2004

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Santé et Services sociaux Québec

Coordination
Direction générale adjointe de la planification stratégique

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document,
faites parvenir votre commande :
par télécopieur : (418) 644-4574
par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca
ou par la poste : Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à
la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications**
du site Web du ministère de la Santé
et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne
aussi bien les femmes que les hommes.

Photo de la salle d'opération en couverture : Jean-Pierre Boudreau

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-43078-6
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.
© Gouvernement du Québec

RAPPORT ANNUEL

Rapport annuel de gestion 2003-2004

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Message du ministre

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

En conformité avec les dispositions de la Loi sur l'administration publique, j'ai le plaisir de déposer le Rapport annuel de gestion 2003-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il porte cette année sur les résultats obtenus au regard du plan stratégique et des lettres d'entente de gestion avec les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Il fait état de l'utilisation des ressources du Ministère et répond aux exigences gouvernementales, notamment en ce qui concerne l'accès à l'égalité, la protection des renseignements personnels et les politiques gouvernementales relatives à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'administration. Il fournit également une reddition de comptes, sur la base des éléments prévus au cadre de gestion axée sur les résultats.

Je profite du dépôt de ce rapport pour remercier les membres du personnel qui œuvrent au sein du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. Leur contribution quotidienne témoigne de leur engagement envers la prestation de soins et services de qualité pour les Québécoises et les Québécois.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

105-02269/

Message du sous-ministre

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Monsieur le Ministre,

Je vous transmets le Rapport annuel de gestion 2003-2004. Le présent rapport fait état, notamment, des résultats obtenus par le Ministère en ce qui concerne les orientations et les objectifs retenus au plan stratégique et des lettres d'entente de gestion.

Il contient une déclaration de la direction du Ministère sur la fiabilité des données qui y sont présentées. De plus, la validation de l'information a été effectuée par la Direction de la vérification interne.

Je tiens à souligner la compétence dont a fait preuve le personnel du Ministère dans l'exercice de ses fonctions et je suis persuadé qu'il saura relever les défis de la prochaine année.

Juan Roberto Iglesias
Le sous-ministre

Table des matières

Liste des sigles 13

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Service sociaux 15

Le rapport de validation de la vérification interne 17

Partie 1

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux 19

1.1 **La mission** 19

1.2 **L'organisation administrative** 19

1.3 **Les organisations régionales** 20

1.4 **Les établissements** 20

1.5 **Les ressources complémentaires** 21

1.6 **Le système de santé et de services sociaux** 21

1.7 **Les partenaires du domaine soiosanitaire** 22

1.8 **Les acteurs des autres secteurs d'activité** 22

1.9 **Les ressources humaines** 22

1.10 **Les usagers du système de santé et de services sociaux** 23

Partie 2

Les faits saillants de l'année 2003-2004 24

2.1 **Deux modifications législatives importantes** 24

2.2 **Des changements dans l'organisation des services** 24

2.3 **Les communications avec le citoyen** 25

2.4 **Des stratégies, des orientations et des plans d'action** 25

2.5 **Les médicaments** 26

2.6 **Les ressources humaines** 26

Partie 3

Le contexte 27

3.1 **L'évolution des besoins** 27

3.2 **L'évolution des modes d'organisation et des pratiques** 28

Partie 4

La continuité du financement du système sociosanitaire 32

Partie 5

La présentation des résultats 34

5.1 **Le plan stratégique 2001-2004 et les lettres d'entente de gestion** 34

5.2 **La déclaration de services aux citoyens** 35

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1

Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs 36

La Politique de la santé et du bien-être 36

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2

Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources 37

La prévention et la promotion de la santé et du bien-être 37

Les services généraux destinés à l'ensemble de la population 39

Les personnes âgées en perte d'autonomie 41

Les jeunes en difficulté 46

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale 52

Les personnes ayant une déficience physique 58

Les jeunes dysphasiques 59

Les personnes ayant un trouble envahissant du développement 60

Les personnes victimes de violence 62

Les services préhospitaliers d'urgence 63

Les unités d'urgence 66

Les services hospitaliers spécialisés 70

La lutte contre le cancer 77

La qualité des services 78

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3

Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et de méthodes de budgétisation appropriées 80

La gestion des ressources humaines 80

Les technologies de l'information 89

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4

Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses 101

Le retour à l'équilibre budgétaire 101

ORIENTATION STRATÉGIQUE 5

Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité 105

La gestion axée sur les résultats 105

Partie 6

L'utilisation des ressources 108

6.1 **Les ressources humaines** 108

6.2 **Les ressources financières** 109

6.3 **Les ressources informationnelles** 112

Partie 7

L'application de certaines politiques gouvernementales 115

7.1 **L'accès à l'égalité en emploi et le plan d'embauche** 115

7.2 **L'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels** 117

7.3 **La politique linguistique** 119

7.4 **L'éthique et la déontologie** 119

7.5 **Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec** 120

Partie 8

Les annexes

124

Annexe I **La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux** 124

Annexe II **L'organigramme du Ministère** 126

Annexe III **Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux** 128

Annexe IV **Le sommaire des résultats du Plan stratégique 2001-2004** 138

Liste des sigles

L'usage des sigles a été privilégié afin de faciliter la lecture.

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
BDCU	Banque de données communes des urgences
CAI	Commission d'accès à l'information
CCCRI	Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles
CCNU	Centre de coordination nationale sur les urgences
CCS	Centre de communication santé
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CNPRPS	Comité national de protection des renseignements personnels et de sécurité
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CQLC	Conseil québécois de lutte contre le cancer
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
ETC	Équivalents temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PGRI	Plan de gestion des ressources informationnelles

PIJ	Programme intégration jeunesse
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PRP	Protection des renseignements personnels
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PTI	Plan triennal d'immobilisation
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
RISQ	Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SGAS	Système de gestion de l'accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de notre responsabilité. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés dans le *Plan stratégique 2001-2004* et dans les lettres d'entente de gestion.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contient la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information[1] présentée dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux, ci-après appelé Ministère, ainsi que les contrôles y afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2004.

Les membres du Comité de direction,

Juan Roberto Iglesias
Sous-ministre

Michel A. Bureau
Directeur général
Services de santé et médecine universitaire

Jocelyne Dagenais
Sous-ministre adjointe
Planification stratégique, évaluation et gestion de l'information

Renée Lamontagne
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

Jacques Larouche
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

Pierre Malouin
Sous-ministre associé
Financement et équipement

Roger Paquet
Sous-ministre associé
Coordination

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 31 août 2004

1. Voir le commentaire relatif à la fiabilité de l'information dans certains secteurs d'activité à la section « La présentation des résultats ».

Le rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Sous-Ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contient la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2004. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministere.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter sur l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, en considérant le commentaire mentionné à la section « La présentation des résultats » relatif à la fiabilité de l'information pour certains résultats fournis par les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans cette section du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Viateur Laplante, E Adm. A.
Directeur

Daniel Paquet, c.a.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 31 août 2004

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), autrefois nommé ministère des Affaires sociales, a été créé le 20 juin 1985, lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette loi venait remplacer la Loi sur le ministère des Affaires sociales, édictée en 1970.

1.1 La mission

Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité ; il contribue ainsi au développement social et économique du Québec.

Son rôle premier est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Il doit, en outre, établir les orientations en matière de politiques sociosanitaires et de santé publique ainsi qu'évaluer, pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Les lois régissant et encadrant ses activités sont présentées à l'annexe I.

1.2 L'organisation administrative

Au 31 mars 2004, les 760 employés à temps complet du Ministère sont regroupés à l'intérieur de sept grands secteurs, soit trois directions générales de services (la Direction générale de la santé publique, la Direction générale des services à la population et la Direction générale des affaires médicales et universitaires), une direction générale de coordination (la Direction générale de la coordination ministérielle et des relations avec le réseau) ainsi que trois directions générales de soutien (la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, la Direction générale du personnel réseau et la Direction générale du financement et de l'équipement). L'organigramme du Ministère, présenté à l'annexe II, illustre la structure ministérielle au cours de l'exercice 2003-2004.

Afin de soutenir la transition du réseau de la santé et des services sociaux vers une nouvelle organisation mieux intégrée, il était devenu impératif de revoir l'organisation administrative du Ministère. Les moyens retenus pour mieux répondre aux défis actuels ont été de former des masses critiques en ressources humaines, de redéfinir certains mandats et d'introduire une gestion matricielle selon laquelle toutes les compétences du Ministère pourraient être mises à profit. Cette nouvelle organisation administrative remplacera l'ancienne à partir du 1er avril 2004.

Par ailleurs, en plus du Ministère, quatorze organismes exerçant des responsabilités administratives ou ayant un rôle consultatif relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces organismes, composés de 98 employés à temps complet, sont décrits à l'annexe III. Quatre d'entre eux – soit le Comité de la santé mentale du Québec, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie, le Conseil québécois de lutte contre le cancer et le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise – ne produisant pas leur propre rapport annuel de gestion, nous présentons donc leurs résultats.

1.3 Les organisations régionales

Le Ministère remplit sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui sont imputables de l'organisation des services sur leur territoire respectif. Le 30 janvier 2004, quinze régies régionales de la santé et des services sociaux sont devenues des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ci-après appelées agences. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James ainsi que la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

Les agences exercent, en lieu et place des anciennes régies régionales, les pouvoirs, les fonctions et les devoirs que la loi leur confie. De plus, toutes les organisations régionales ont pour mandat de mettre en place, sur leur territoire, une organisation de services intégrés. Au sein de celle-ci, les directions de santé publique demeurent responsables de la coordination et de la prestation des services de santé publique.

1.4 Les établissements

On compte cinq catégories d'établissements où sont fournis les services de santé et les services sociaux ; ce sont les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres hospitaliers, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation. Ces établissements sont des entités juridiques dotées de capacités et de responsabilités légales. Ils détiennent un permis du ministre de la Santé et des Services sociaux pour gérer des services correspondant aux cinq grandes missions. À cet égard, précisons que plusieurs établissements ont plus d'une mission. Ainsi, on retrouve, par exemple, des établissements qui remplissent à la fois le rôle d'un CLSC et d'un CHSLD.

En 2003-2004, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de 463 établissements, dont 339 étaient publics et 124, privés. Vu sous l'angle des missions, le réseau regroupe :

- 148 CLSC ;
- 20 CPEJ ;
- 90 centres de réadaptation ;
- 125 centres hospitaliers ;
- 312 CHSLD.

Ces établissements se découpent en installations, ce qui représente, au 31 mars 2004, 1 812 lieux physiques répartis sur l'ensemble du territoire québécois où sont dispensés des soins de santé et de services sociaux à la population du Québec.

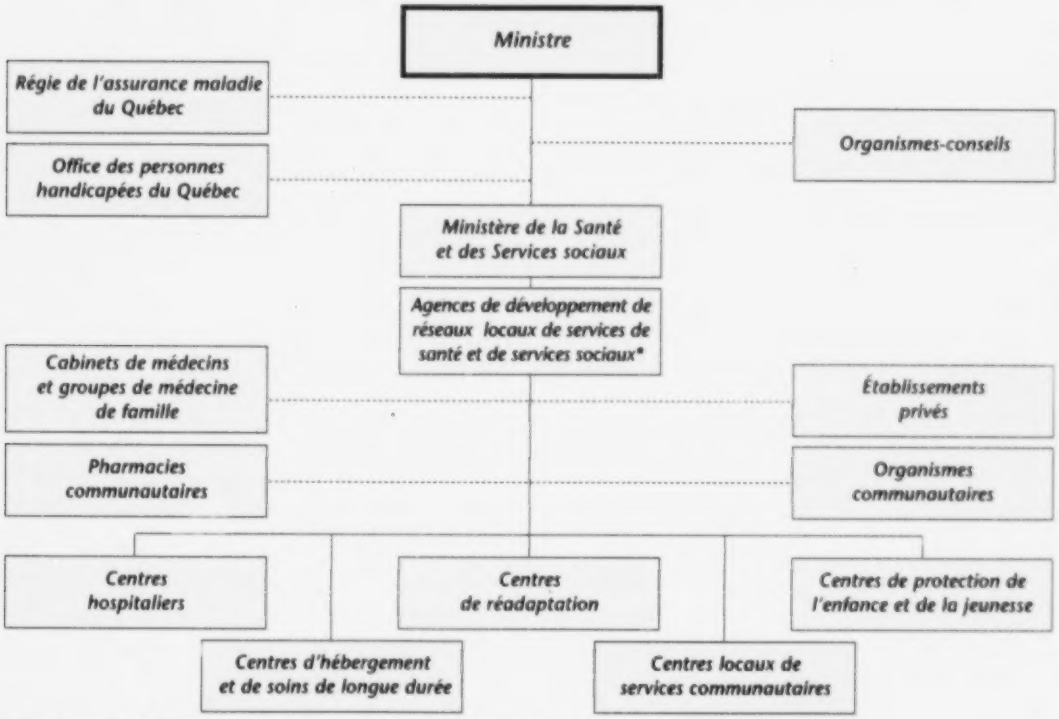
Soulignons qu'actuellement cinq établissements ont un statut de centre hospitalier universitaire (CHU) et cinq autres, un statut de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU), trois CLSC ont une désignation universitaire et, enfin, sept établissements sont désignés instituts universitaires, soit quatre dans le secteur de la santé et trois dans le secteur social.

1.5 Les ressources complémentaires

Outre les ressources institutionnelles nommées précédemment, des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale complètent le réseau public. Au 31 mars 2004, il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 840 cliniques médicales d'omnipratique, dont 76 groupes de médecine de famille (GMF) ;
- 1 600 pharmacies communautaires ;
- 5 900 familles d'accueil ;
- 3 800 résidences d'accueil ;
- 1 600 ressources intermédiaires ;
- 3 000 organismes communautaires ;
- 100 entreprises d'économie sociale en aide domestique, qui offrent des services aux quelque 75 600 personnes bénéficiant du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

1.6 Le système de santé et de services sociaux



* Remplacent les régies régionales de la santé et des services sociaux depuis le 30 janvier 2004.

1.7 Les partenaires du domaine sociosanitaire

Des organisations très actives dans le secteur de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui reconnues comme des partenaires indispensables à la mission du Ministère :

- 7 associations représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- 22 ordres professionnels assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- plusieurs organismes du mouvement associatif défendent les intérêts des différents groupes d'usagers ;
- plusieurs des grandes organisations syndicales que compte le Québec représentent les employés du secteur de la santé et des services sociaux.

De plus, depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments (RGAM), un régime mixte public-privé à caractère universel, le Ministère a établi des partenariats privilégiés avec les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique.

1.8 Les acteurs des autres secteurs d'activité

Afin de réaliser des actions concertées visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise, le Ministère s'associe avec plusieurs partenaires gouvernementaux, notamment le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Environnement, le ministère de la Justice, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ainsi que le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

Tant sur le plan régional que sur le plan local, le Ministère et son réseau entretiennent également des relations directes avec les milieux de vie comme les écoles ou les milieux de travail et avec les municipalités. D'étroites collaborations ont aussi été établies avec des organisations tels le conseil régional de développement, le conseil local de développement, les bureaux régionaux ou locaux d'autres ministères et organismes, les organismes communautaires, les centres d'action bénévole, les associations caritatives et les fondations.

1.9 Les ressources humaines

- La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 7 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 255 000 personnes hautement qualifiées qui composent le réseau sociosanitaire en 2003-2004, on compte approximativement : 760 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et 1 600 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 228 000 salariés, cadres ou syndiqués, dont 97 300 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ;

- 24 600 professionnels rémunérés par la RAMQ, dont 7 550 médecins omnipraticiens et 7 700 médecins spécialistes ainsi que 4 900 pharmaciens, 3 300 dentistes et 1 150 optométristes.

1.10 Les usagers du système de santé et de services sociaux

- Le Ministère et son réseau offrent des services de santé et des services sociaux à l'ensemble de la population du Québec, que ce soit aux enfants, aux adolescents, aux adultes, aux personnes âgées, aux familles ou à d'autres groupes particuliers. Le bilan des principales actions, en 2003-2004, se présente comme suit : près de 6 millions de personnes ont reçu des services médicaux (environ 80 % de la population) ;
- plus de 3,2 millions d'individus – c'est-à-dire environ 1,8 million d'adhérents, 540 600 prestataires d'assistance-emploi et 909 500 personnes âgées – ont été protégés par la partie publique du RGAM qui permet à l'ensemble de la société québécoise de bénéficier d'une couverture pour les médicaments ;
- près de 2 millions de personnes ont été vaccinées ;
- plus de 735 000 personnes ont été admises dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dont 12,3 % pour des problèmes de santé mentale ;
- plus de 465 000 personnes ont bénéficié de chirurgies qui étaient, dans 60 % des cas, des chirurgies d'un jour ;
- plus de 270 000 personnes, dont 136 000 en perte d'autonomie, ont reçu des services à domicile ;
- plus de 40 000 personnes ont été hébergées dans des CHSLD ;
- près de 32 000 personnes ont résidé dans des ressources de type intermédiaire ou familial, dont 9 800 jeunes vivant dans des familles d'accueil ;
- environ 22 000 jeunes ont été pris en charge dans les centres jeunesse après que 29 000 signalements aient été retenus sur les 62 000 signalements traités ;
- près de 62 000 personnes ont reçu des services de réadaptation en déficience physique ;
- environ 27 000 personnes ont profité des services de réadaptation en déficience intellectuelle ;
- environ 25 000 personnes alcooliques ou toxicomanes ont bénéficié de services de réadaptation ;
- environ 4 200 personnes ont obtenu des services d'aide aux joueurs compulsifs.

Les faits saillants de l'année 2003-2004

L'année 2003-2004 fut une année de transition pour le réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement au regard de l'organisation des services offerts. Nous présentons ici les principales réalisations de cet exercice.

2.1 Deux modifications législatives importantes

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21) a été adoptée en décembre 2003. Elle vise à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de la santé et des services sociaux par la mise en place d'une organisation de services intégrés. Pour atteindre ce résultat, elle crée des agences, lesquelles succèdent aux régies régionales. Chacune de ces agences a pour mission de définir, sur son territoire, une organisation des services basée sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ci-après appelés réseaux locaux de services, dont la taille pourra couvrir totalement ou en partie le territoire de l'agence.

En décembre 2003 était également adoptée la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (2003, chapitre 25). Elle fixe le nombre d'unités de négociation dans un même établissement et définit ces unités selon les grandes catégories de personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Elle permet la négociation locale de plusieurs dispositions visant à faciliter l'organisation du travail et elle donne la possibilité de contrer l'actuelle pénurie de main-d'œuvre.

2.2 Des changements dans l'organisation des services

L'implantation des GMF s'est poursuivie en 2003-2004. Ainsi, 59 nouveaux GMF ont vu le jour au cours de cet exercice, portant à 76 le nombre total de GMF accrédités au Québec. La mise en place de ces groupes vise à faciliter, pour tous, l'accès auprès d'un médecin de famille et à améliorer la qualité des soins médicaux généraux, en plus de valoriser le rôle du médecin de famille.

Afin d'assurer la hiérarchisation des soins entre les régions du Québec et les hôpitaux universitaires et pour une meilleure cohérence et convergence des décisions relatives aux diverses responsabilités des établissements universitaires de santé en matière de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, le Ministère considère comme essentiel de renforcer les liens unissant ces établissements aux univer-

sités ayant une faculté de médecine. À cet effet, il a créé les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Ainsi, quatre RUIS ont été créés au cours de l'exercice 2003-2004, soit les RUIS des universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke. Plus précisément, leur mandat consiste à définir les orientations relatives aux services médicaux spécialisés et surspécialisés, à l'enseignement des disciplines universitaires de la santé, à la recherche et à l'évaluation des technologies de la santé et des modes d'intervention en santé ainsi qu'à établir les corridors de services de médecine spécialisée et à déployer la formation médicale dans les diverses régions du Québec pour la médecine de famille et les spécialités de base.

2.3 Les communications avec le citoyen

En octobre 2003 avait lieu le lancement du tout nouveau site Web du Ministère. Ce site renouvelé comporte deux importantes innovations : une section sur les listes d'attente et un outil interactif [www.opinionsante.com], qui permet à la fois d'informer les gens et de recueillir l'expression de l'opinion populaire sur les grands enjeux du domaine de la santé et des services sociaux.

2.4 Des stratégies, des orientations et des plans d'action

La mise en place de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*[2], adoptée en 2002, s'est poursuivie au cours de l'exercice 2003-2004. Cette stratégie comprend le déploiement du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), l'offre d'une gamme complète, commune et continue, de services psychosociaux aux jeunes et à leur famille par tous les CLSC ainsi que les dispositions visant à garantir l'accès aux services d'évaluation et d'application des mesures en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

En novembre 2003 avait lieu le lancement du document intitulé *Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique : Objectifs 2004-2009*[3]. Ces orientations concernent l'ensemble des éléments du continuum de services en déficience physique. Elles favorisent la participation pleine et entière à la vie de la communauté des personnes ayant des incapacités importantes et persistantes.

Dans un souci constant de toujours mieux répondre et de s'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie vivant dans les CHSLD, le Ministère a présenté des orientations sur les pratiques devant prévaloir dans ces établissements. Ainsi, en octobre 2003, il lançait les orientations ministérielles titrées *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*[4]. Ce document fixe les paramètres relatifs à la gestion, à l'organisation et à la prestation des services ainsi qu'à l'environnement physique, de façon à assurer aux personnes hébergées des services continus, adéquats et personnalisés dans un milieu de vie adapté à leurs besoins.

2. Le document précité peut être consulté dans le site Internet du Ministère, à l'adresse suivante : [www.msss.gouv.qc.ca].
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*

2.5 Les médicaments

Le Ministère a amorcé ses travaux devant mener à la proposition d'une politique du médicament, laquelle politique portera sur les axes suivants : l'accessibilité aux médicaments – en particulier l'accessibilité financière –, l'établissement du prix des médicaments (tenant compte des recommandations du Comité tripartite sur le prix des médicaments), les mesures visant à favoriser l'utilisation optimale des médicaments ainsi que le maintien du dynamisme de l'industrie pharmaceutique. Cette politique devrait être terminée d'ici le printemps 2005.

2.6 Les ressources humaines

Pour faire face à la pénurie de personnel que connaît le secteur de la santé, le Québec a adopté des mesures lui permettant d'accentuer le recours au personnel infirmier et aux médecins formés à l'étranger. Ainsi, à l'intensification du recrutement à l'étranger s'ajoute la facilitation de l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger et déjà établis au Québec.

Partie 3

Le contexte

Le terme *transition* convient bien pour décrire le contexte particulier dans lequel a évolué le système de santé et de services sociaux en 2003-2004. Voici donc une brève description de l'environnement avec lequel le Ministère doit composer afin de faire des choix judicieux.

3.1 L'évolution des besoins

Le portrait démographique a changé au cours des dernières décennies et cet état de fait commence à avoir des répercussions importantes. Au moment de la création du système de santé et de services sociaux, la population était plus jeune et les services se traduisaient, la plupart du temps, par des traitements de courte durée. Avec le vieillissement de la population, on constate la croissance de l'indice de dépendance, l'augmentation des besoins de la population et l'allongement de la durée des traitements.

Depuis 1991, la proportion des personnes ayant 65 ans ou plus a augmenté de 2,4 points pour se situer, en 2004, à 13,5 % de l'ensemble de la population. Selon les projections les plus récentes, en 2026, c'est près du quart (24,4 %) de la population québécoise qui aura 65 ans ou plus. Ainsi, en l'espace de quelques décennies, le nombre de personnes âgées aura doublé au Québec, passant d'un million à près de deux millions de personnes. Cette augmentation a notamment pour conséquence l'accroissement des besoins au regard des soins et du soutien dans le milieu de vie. Ces besoins vont également s'intensifier par le fait que la plupart des personnes handicapées et des personnes souffrant de troubles mentaux sont aujourd'hui intégrées dans la collectivité.

En ce qui concerne les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires obstructives, suivant la tendance observée dans les pays industrialisés, on estime qu'au Québec, au cours des dernières années, elles ont été responsables, dans une importante proportion, de la mortalité et de la morbidité relevées dans la population adulte.

L'augmentation de la prévalence des problèmes de nature psychosociale demeure quant à elle préoccupante, particulièrement depuis quelques années. À titre d'exemple, les questions comme le retard dans le développement de l'enfant, la négligence, les troubles du comportement, la délinquance, la consommation abusive d'alcool et de drogues, le jeu pathologique ainsi que la violence sous toutes ses formes s'avèrent importantes. Au Québec, un adulte sur cinq se classe dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique et, comme ailleurs, les Québécois n'échappent pas aux problèmes de santé mentale ni aux troubles anxieux ou cognitifs et ni aux troubles de la personnalité, des problématiques que la littérature scientifique associe fortement à la mortalité par suicide.

Par ailleurs, les exigences de la population pour ce qui regarde la qualité des services et les périodes d'attente avant de recevoir un traitement ont aussi augmenté avec l'évolution des valeurs et des pratiques. Les personnes s'attendent aujourd'hui à recevoir, dans les meilleurs délais après que le diagnostic ait été posé, non seulement les traitements nécessaires lorsqu'elles traversent une crise aiguë, mais également les soins et le soutien dont elles et leurs proches ont besoin dans leur milieu de vie.

L'intensification des besoins est donc significative en raison de la concomitance de plusieurs phénomènes : le vieillissement de la population, l'accroissement de la prévalence de plusieurs maladies chroniques et de certains problèmes de nature psychosociale ainsi que l'augmentation des exigences de la population. Ces changements nécessitent une nouvelle adaptation des services visant à prévenir les maladies et les problèmes psychosociaux ou à les traiter, et à soutenir les personnes dans leur milieu de vie.

3.2 L'évolution des modes d'organisation et des pratiques

L'accès à des services continus et de qualité, quel que soit le territoire de résidence, est la principale demande de la population au regard du système de santé et de services sociaux. L'organisation des services et les pratiques doivent évoluer de façon à rapprocher les services des citoyens et à donner à ces derniers l'assurance qu'ils recevront une réponse appropriée à leurs besoins ; ce rapprochement devient nécessaire tant dans la perspective de les aider à améliorer leur santé et leur bien-être que dans celle de leur offrir le traitement adéquat et le soutien dans leur milieu de vie. Les modes de gestion doivent donc être adaptés en conséquence.

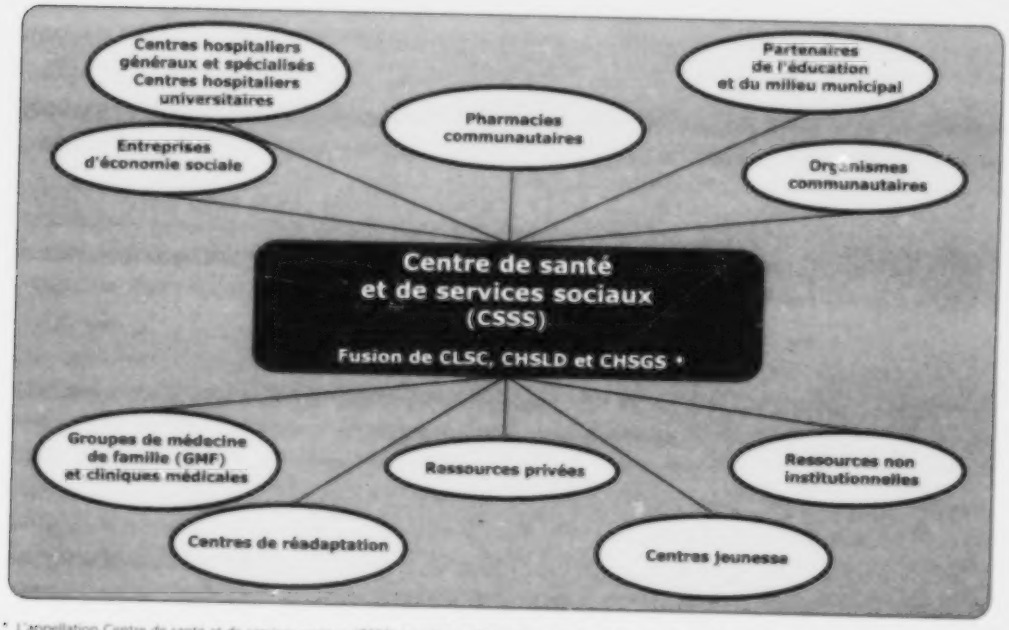
L'accessibilité et l'intégration des services

Un nouveau projet structurant l'organisation des services a été élaboré en 2003-2004 : la création des réseaux locaux de services. Ce modèle d'organisation a pour objectif de rendre les services plus accessibles, mieux coordonnés et continus. L'implantation des réseaux locaux de services, un projet organisationnel et clinique, est le moyen qui a été privilégié pour rapprocher les services de la population et pour faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, ces réseaux s'appuieront sur l'offre, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés).

Au cœur du réseau local de services, une instance locale regroupera sous un même conseil d'administration un ou plusieurs CLSC, CHSLD et CHSGS. L'instance locale agira comme assise du réseau de la santé et des services sociaux, assurant l'accessibilité et la coordination des services destinés à la population du territoire local ainsi que la prise en charge et le suivi de cette population. Pour réaliser son mandat, elle coordonnera les activités des producteurs de services (établissements et professionnels) et des partenaires qui offrent des services de première et de deuxième lignes à la population de son territoire. La signature d'ententes de gestion sera le moyen privilégié pour s'assurer que la

gamme des services offerts soit aussi large que possible. Le défi consistera à amener ces différents acteurs à assumer une responsabilité partagée envers la population d'un territoire.

Les acteurs du réseau local de services de santé et de services sociaux



* L'appellation Centre de santé et de services sociaux (CSSS) remplacera l'appellation Instance locale. Une instance locale pourrait ne pas comprendre de CHSGS en raison de l'absence d'un tel établissement sur le territoire, ou en raison de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services qu'offre cet établissement.

Enfin, l'instance locale verra à établir les modalités de participation des citoyens et des usagers adaptées aux particularités territoriales et à animer les collaborations intersectorielles avec les municipalités, les commissions scolaires, le milieu de l'habitation et d'autres organismes préoccupés par la santé et le bien-être de la population. L'implantation des réseaux locaux de services commencera dès le début de l'année 2004-2005.

Des conditions facilitant le changement

L'intégration des services est tributaire d'un certain nombre de leviers sans lesquels tout changement dans le mode d'organisation des services ou dans la structure ne pourrait garantir l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services. Ces éléments font actuellement ou devront faire l'objet de travaux particuliers au Ministère. Ils nécessitent une grande cohérence des actions ministérielles et gouvernementales, lesquelles doivent être coordonnées.

Les ressources humaines

La rareté actuelle des ressources humaines, y compris la main-d'œuvre médicale, et les modes d'organisation du travail peuvent freiner le changement. Des actions structurantes sont nécessaires pour accroître la mobilisation et la disponibilité des ressources humaines, pour faciliter la répartition et le maintien en poste de ces ressources dans les différentes régions ainsi que pour favoriser un meilleur partage des responsabilités entre les différents professionnels.

Ainsi, une attention particulière devra être accordée à la mise en œuvre de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic. Des actions relativement au regroupement des unités de négociation au sein des établissements et à la décentralisation, à l'échelle locale, de la négociation liée à l'organisation du travail devront être menées parallèlement à la mise en place des réseaux locaux de services.

La création des réseaux locaux de services implique également l'engagement et la mobilisation des gestionnaires en place. Les directeurs généraux et les cadres devront être soutenus par des moyens adaptés, qui tiennent compte de leur réalité, pendant cette période de changement.

Les nouvelles technologies

Le système de santé et de services sociaux doit tirer profit des bénéfices de l'évolution constante des technologies. Des techniques diagnostiques moins invasives ont élargi grandement les possibilités de traitement. Des équipements médicaux de plus en plus sophistiqués améliorent constamment les possibilités diagnostiques. L'apport technologique devra également s'inscrire dans la perspective de rapprocher les services des milieux de vie pour aider le médecin de famille à poser son diagnostic. L'accessibilité et la continuité des services sont également dépendantes de la transmission de l'information, au moment opportun, entre les différents producteurs de services. Améliorer la transmission de l'information clinique et administrative et, ce faisant, l'accessibilité et la continuité des services demeure le défi à relever quotidiennement en matière de technologies.

Le nouveau mode d'allocation des ressources financières

Le nouveau mode d'allocation des ressources financières nous fera passer de l'allocation basée sur une approche historique entre les établissements à l'allocation établie sur les caractéristiques et les besoins de la population (montant par habitant pondéré), selon les programmes-services et les programmes-soutien. Cette nouvelle façon de faire va permettre d'assurer une répartition plus équitable des ressources entre les régions et entre les territoires locaux.

La gestion axée sur les résultats

La Loi sur l'administration publique a prescrit un nouveau cadre de gestion à l'administration gouvernementale afin d'améliorer l'ensemble des services offerts aux citoyens. Ce cadre repose sur des objectifs concernant l'atteinte de résultats, la transparence et l'imputabilité. À l'intérieur de ce cadre, l'élaboration d'un plan stratégique pluriannuel et d'un plan annuel de gestion des dépenses sont les obligations que doit respecter le Ministère, assorties d'une reddition de comptes qui se fait par l'intermédiaire du rapport annuel de gestion ; ces trois documents doivent être présentés devant l'Assemblée nationale.

Selon les mêmes principes qui ont incité le gouvernement à moderniser la gestion publique, la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été modifiée en juin 2001 pour réviser les modalités relatives à la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux. L'esprit de ce changement était de resserrer la gestion et de revoir la hiérarchisation des responsabilités, incluant l'obligation de rendre des comptes entre les paliers de gestion que représentent le Ministère, les agences et les établissements.

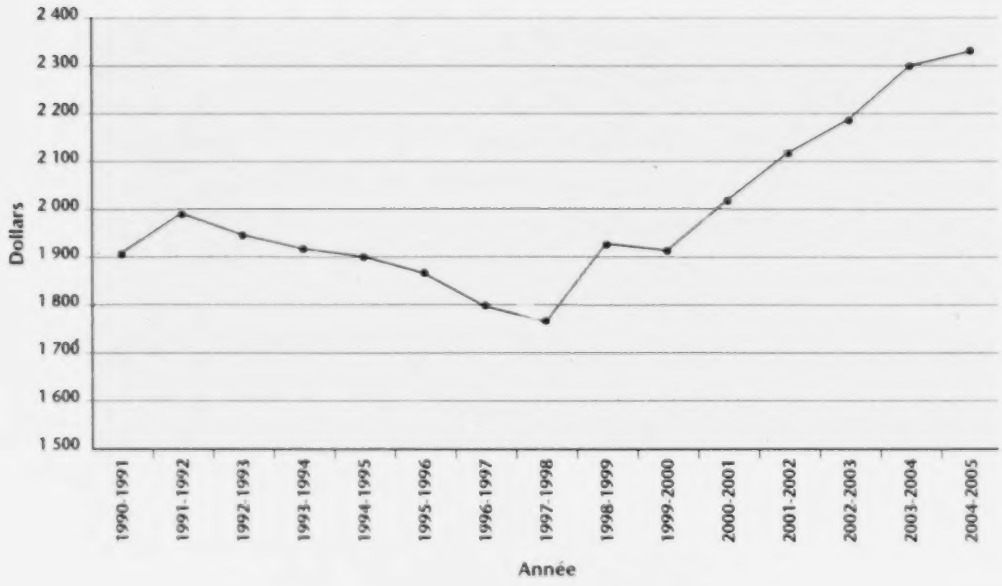
Pour les agences, l'application de ce nouveau cadre de gestion implique l'élaboration d'un plan stratégique régional, la conclusion avec le ministre d'une entente annuelle de gestion découlant des orientations nationales ainsi que la production d'un rapport annuel de gestion. Les agences doivent également conclure des ententes de gestion avec les établissements de leur territoire, ces derniers étant aussi tenus de produire un rapport annuel de gestion.

Ces changements introduisent dans le réseau de la santé et des services sociaux une nouvelle culture : la gestion axée sur les résultats. Il est dès lors essentiel que le personnel du réseau fasse sienne cette culture, car on vise plus particulièrement des résultats en matière d'accès aux services et d'amélioration de la gestion. Les moyens nécessaires à la conclusion des ententes de gestion et à la reddition de comptes s'implantent graduellement.

La continuité du financement du système sociosanitaire

En 2003-2004, le montant alloué à la mission santé et services sociaux s'est élevé à 19,1 milliards de dollars, soit près de 2 300 $ par habitant en dollars constants de 1997, en nette progression par rapport aux années précédentes. Concrètement, le système sociosanitaire connaît une croissance annuelle des dépenses supérieure à celle des autres secteurs du domaine public. Cette croissance est un phénomène reconnu par plusieurs études. À titre d'exemple, soulignons la projection faite en 2000 par la Commission Clair, qui évaluait la croissance annuelle de ces dépenses à 5,1 %, et celle du Conference Board du Canada qui, en 2004, anticipait une croissance annuelle de 5,2 % en moyenne, et ce, jusqu'en 2020. Le graphique ci-dessous présente l'évolution de ces dépenses de 1990 à 2005.

Montants alloués à la mission santé et services sociaux, par habitant, en dollars constants de 1997



Par ailleurs, tout porte à croire que, au cours des prochaines années, les dépenses pour la santé et les services sociaux vont continuer d'augmenter plus rapidement que les revenus projetés. Cette situation s'explique notamment par le fait que les prévisions relatives à la croissance moyenne des revenus autonomes du gouvernement du Québec se chiffrent à 3,9 %, ce qui entraîne un manque à gagner récurrent évalué à quelque 300 millions de dollars par année. De plus, on constate que ce manque à gagner a tendance à s'accentuer et à s'accumuler année après année alors que la participation financière du gouvernement fédéral ne cesse de baisser, ne représentant plus aujourd'hui que de 14 à 18 % des coûts. Cette situation accroît la pression sur les finances publiques et a comme conséquence que le gouvernement québécois doit faire un effort encore plus grand pour combler la différence. La précarité du financement oblige également le Ministère à rechercher constamment des solutions permettant une gestion efficiente des ressources allouées au secteur de la santé et des services sociaux.

Sur le plan de la croissance des dépenses, les analyses convergent vers trois grands facteurs qui influent plus particulièrement sur les systèmes de santé partout dans le monde : le vieillissement de la population, l'évolution technologique ainsi que l'augmentation des coûts et de l'utilisation des médicaments. À cela s'ajoutent les facteurs communs à l'ensemble des autres secteurs, qui sont la hausse des salaires et l'indexation des autres dépenses comme les immobilisations. En somme, la croissance annuelle des dépenses estimées peut être imputée, à peu près en parts égales, aux facteurs particuliers au système sociosanitaire et aux facteurs communs à l'ensemble des secteurs du domaine public.

En ce qui a trait au vieillissement de la population, selon les projections, près de 2 millions de personnes auront 65 ans ou plus en 2026, ce qui aura des répercussions majeures sur l'organisation ainsi que sur le coût des services à offrir pour répondre aux besoins de ce groupe particulier. Pour ce qui est du déploiement des outils technologiques, il exige des investissements majeurs tout en posant un défi particulier, soit la sécurité et la confidentialité de l'information.

En dernier lieu, relativement aux médicaments, on constate que le RGAM, mis en place en janvier 1997, a subi le contrecoup de la croissance tant des coûts que de l'utilisation des médicaments. Ainsi, depuis sa création, le coût total de ce régime a progressé à un rythme moyen de 15 % par année. Cette croissance s'est toutefois quelque peu atténuée au cours des dernières années pour se situer à 11 % à la fin de l'exercice 2003-2004, la dépense atteignant alors 2,6 milliards de dollars. À ce rythme, le coût total du RGAM pourrait compromettre la pérennité de celui-ci, cette éventualité justifiant la nécessité de se donner une politique du médicament dont les principaux objectifs seront l'utilisation optimale et l'accessibilité des médicaments.

La continuité du financement du système sociosanitaire québécois est une question de solidarité sociale certes, mais aussi de capacité à générer suffisamment de revenus, d'équité entre les générations, de paniers de services assurés, d'organisation des services, d'utilisation optimale des médicaments et, également, une question d'équilibre fiscal. La réflexion et les analyses se poursuivent en vue de trouver des solutions, efficaces et efficientes, et de les mettre en application, tout en assurant le maintien du système public de santé et de services sociaux.

La présentation des résultats

Le rapport annuel de gestion 2003-2004 du Ministère couvre l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2004. Ce rapport s'inscrit dans le processus de reddition de comptes prescrit par la Loi sur l'administration publique. Exceptionnellement cette année, le rapport annuel de gestion porte sur les résultats obtenus au regard du plan stratégique et des lettres d'entente de gestion.

Il est important de souligner qu'afin de rendre compte des résultats obtenus relatifs aux lettres d'entente de gestion et étant donné l'absence de systèmes d'information intégrés dans certains secteurs d'activité, le Ministère a utilisé les résultats des établissements calculés ou estimés à partir des bilans annuels fournis par les agences. Cette situation est signalée, le cas échéant.

L'exactitude et la fiabilité de ces résultats, quoique perfectibles, sont cependant de l'information significative permettant de connaître les tendances régionales et nationales et, ainsi, apprécier les effets depuis les investissements consentis. La fiabilité de cette information s'améliorera, le temps de finaliser l'intégration des différents systèmes d'information.

5.1 Le plan stratégique 2001-2004 et les lettres d'entente de gestion

Le plan stratégique 2001-2004 du Ministère demeure la toile de fond de la reddition de comptes pour l'année 2003-2004. Ainsi, la présente partie montre, d'une part, les résultats obtenus par le Ministère relativement aux objectifs de ce plan qui étaient atteints partiellement ou qui n'étaient pas encore atteints au 31 mars 2003. Il est important de préciser ici que certains objectifs, indicateurs et cibles ont été mis à jour afin de mieux refléter la situation actuelle du secteur de la santé et des services sociaux. Enfin, comme il s'agit de la troisième et dernière année où l'on fait référence au plan stratégique 2001-2004, un tableau sommaire des résultats atteints pour tous les objectifs a été préparé. Ce tableau, qui constitue l'annexe IV, permet de visualiser rapidement la performance du Ministère relativement aux objectifs qu'il s'était fixés en 2001.

D'autre part, pour la première fois, les résultats présentés dans le rapport annuel de gestion découlent également de l'application, dans le réseau de la santé et des services sociaux, du nouveau cadre de gestion axée sur les résultats et, plus précisément, des ententes de gestion conclues entre le ministre et les agences. En effet, l'année 2003-2004 se caractérise par la signature des premières lettres d'entente de gestion par lesquelles le ministre a indiqué aux agences des cibles annuelles axées sur les services et sur la gestion. Ces nouveaux engagements sont un avancement concret pour une reddition de comptes plus transparente

et axée sur les résultats. Le défi des prochaines années est de préciser les objectifs et les cibles ainsi que de parfaire la définition d'indicateurs afin que ces derniers soient valables et reconnus.

5.2 La déclaration de services aux citoyens

La déclaration de services aux citoyens n'était pas adoptée au 31 mars 2004. Cependant, le Ministère prévoit le faire d'ici la fin de l'année 2004. Mentionnons toutefois qu'il offre peu de services directement aux citoyens. En effet, la mission du Ministère consiste à maintenir, à améliorer et à rétablir la santé et le bien-être des Québécois en s'assurant que la population dispose d'un ensemble bien intégré de services de santé et de services sociaux de qualité. Cette mission est également commune aux agences, aux établissements du réseau sociosanitaire, et ce sont ces derniers qui offrent à la population les services de santé et les services sociaux dont elle a besoin.

Certains services sont toutefois offerts directement à la population par le Ministère et ils feront l'objet de la déclaration de services aux citoyens. Cela va sans dire qu'avant d'adopter une telle déclaration, le Ministère se devait de s'assurer de la mise en place des mécanismes de suivi nécessaires à la reddition de comptes.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 1

Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs.

La Politique de la santé et du bien-être

OBJECTIF Renouveler, pour les dix prochaines années, les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être (1992).

Indicateur	Cible	Résultat
Publication de la politique	31 mars 2004	Publication du plan de la santé et du bien-être reportée en 2004-2005

Commentaires

Bien que le Ministère doive revoir les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être au cours de la dernière année, il a été décidé de reporter d'un an cette publication. En effet, au cours de la dernière année, le contexte dans lequel évoluaient les travaux sur le renouvellement de la politique de la santé et du bien-être a changé. L'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a marqué un virage important au regard de l'organisation du système de santé et de services sociaux.

Il est alors devenu opportun de se donner une vision à long terme traduisant cette réorganisation. Ainsi, la nouvelle politique devra fournir, pour les prochaines années, des orientations et des objectifs au système de santé et de services sociaux ainsi qu'aux acteurs qu'elle concerne en vue d'une amélioration de la santé et du bien-être de la population ; cette politique-cadre devra en même temps soutenir la création des réseaux locaux de services et des instances locales, qui ont d'ailleurs une responsabilité par rapport à la santé et au bien-être de la population.

Étant donné l'obligation du Ministère de disposer d'un plan stratégique pour le début de l'année 2005 et la nécessité de renouveler la politique de la santé et du bien-être, il a été décidé de fondre les deux démarches et de produire un seul document d'orientation : un plan de la santé et du bien-être pour les cinq prochaines années. Cette option a comme principal avantage d'intégrer les éléments d'un plan stratégique et ceux d'une politique de la santé et du bien-être dont le suivi sera assuré par les mécanismes actuels de reddition de comptes.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2

Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.

La prévention et la promotion de la santé et du bien-être

OBJECTIF Élaborer, dans chacune des régions, un plan d'action régional en santé publique ainsi que des plans locaux en santé publique approuvés par les agences.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Proportion des plans d'action régionaux en santé publique terminés	100 % au 31 décembre 2003	56 % au 31 décembre 2003 ; 75 % au 31 mars 2004
Proportion des plans d'action locaux en santé publique approuvés par les agences	100 % au 31 mars 2004	0 % au 31 mars 2004

Commentaires

À la suite de la diffusion, en 2002-2003, du *Programme national de santé publique 2003-2012*, chacune des agences devait préparer et déposer au Ministère son plan d'action régional en santé publique. L'élaboration de ce plan permet l'adaptation du programme aux spécificités du territoire couvert par l'agence pour ainsi améliorer la santé de la population, tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle locale.

La plupart des plans d'action régionaux en santé publique, soit 75 % d'entre eux, sont déposés au Ministère en date du 31 mars 2004 ; on prévoit recevoir les autres pour le 30 avril 2004. Le Ministère a procédé à l'analyse de chacun des plans d'action régionaux reçus et une tournée dans toutes les régions a permis de mobiliser l'ensemble des partenaires autour de la mise en œuvre du Programme national de santé publique.

Quant aux plans d'action locaux en santé publique, il importe de souligner que les changements majeurs engendrés par la création des nouveaux réseaux locaux de services ont entraîné certains retards dans leur adoption, les agences apportant leur soutien à l'élaboration de ces plans d'action. Ceux-ci sont donc actuellement en préparation et en voie d'être adoptés.

Dans toute cette démarche, il ressort clairement que les partenaires régionaux et locaux se sont appropriés le *Programme national de santé publique 2003-2012*, ce qui permettra au Ministère d'assurer le suivi systématique de son implantation.

OBJECTIF

Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Préparation et dépôt d'un plan d'action en prévention du suicide	31 mars 2004	Dépôt reporté à l'automne 2004
Nombre de projets pilotes	Aucune cible précise	Plusieurs projets pilotes ont vu le jour, dont six sont majeurs

Commentaires

La stratégie québécoise d'action face au suicide intitulée *S'entraider pour la vie* a été lancée par le ministre de la Santé et des Services sociaux au mois de février 1998. Ce plan d'action, prévu pour cinq ans, soit de 1998 à 2003, constituait le cadre de référence pour les actions ministérielles en prévention du suicide. Au cours de l'année 2002, le Ministère a évalué l'implantation de cette stratégie et le rapport d'évaluation sera diffusé dans le réseau en avril 2004.

Pour ce qui est de la préparation d'un nouveau plan d'action, un projet a été rédigé à l'automne 2003. Par la suite, le ministre de la Santé et des Services sociaux formait, en octobre 2003, un groupe d'experts sur l'organisation des services en santé mentale et lui confiait le mandat de préciser, à partir du projet de plan d'action, les actions concrètes pouvant contribuer à réduire les décès par suicide. Les recommandations des experts seront intégrées au plan d'action sur la santé mentale à paraître au cours de l'automne 2004. La réduction des décès par suicide et les mesures précises pour soutenir l'atteinte de cet objectif feront donc partie d'une planification globale en santé mentale et non d'un plan d'action 2003-2008 en prévention du suicide.

Au cours de l'année 2003-2004, le Ministère a participé de diverses façons à des projets pilotes qui visaient à soutenir la prévention du suicide :

- par la réalisation de trois projets pilotes relatifs à la formation de sentinelles, entre autres, dans la région de la Chaudière-Appalaches et à Rimouski, avec l'idée que la création d'un programme de formation de sentinelles dans la communauté pourra servir de modèle dans toutes les régions ;
- par le financement sur six ans du programme de sensibilisation et de dépistage de la détresse psychologique dans les écoles secondaires du Québec, intitulé *Solidaires pour la vie*, en collaboration avec le Collège des médecins et la Fondation québécoise des maladies mentales ;
- par la réalisation de deux projets pilotes auxquels participaient des médecins omnipraticiens exerçant dans les cabinets privés de la Montérégie, l'un portant sur l'orientation des personnes suicidaires vers les ressources appropriées de la communauté et l'autre, sur la création d'un programme de formation en prévention du suicide à l'intention des médecins omnipraticiens. Deux sessions de formation de formateurs ont été données, à Montréal et à Québec, au printemps dernier.

La prévention du suicide constitue une priorité pour le Ministère. Les actions portant sur les meilleures pratiques existant actuellement dans le domaine feront partie intégrante du plan d'action en santé mentale prévu à l'automne 2004.

Les services généraux destinés à l'ensemble de la population

OBJECTIF **Mettre en place, graduellement, des groupes de médecine de famille, travaillant soit dans un cabinet, soit dans un CLSC, et ayant des responsabilités quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services.**

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de GMF implantés	90	59

Commentaires

Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec du personnel infirmier dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. Les médecins de famille et le personnel infirmier qui appartiennent à un GMF sont aussi en relation avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux travaillant notamment dans les CLSC, les centres hospitaliers et les pharmacies situées dans la communauté, et ce, afin d'offrir une gamme complète de services et d'assurer ainsi le suivi global de la personne inscrite.

L'implantation des GMF, une des principales recommandations du rapport de la Commission Clair, vise à faciliter l'accès de la population à un médecin de famille et à améliorer la qualité des soins médicaux généraux offerts à la population québécoise tout en reconnaissant encore plus l'importance du rôle du médecin de famille. Ces regroupements devraient également permettre de réduire le recours inapproprié à l'urgence ou la consultation de plus d'un médecin pour un même problème de santé.

Après une première phase qui a permis de bien définir le concept des GMF et de se doter d'outils nécessaires à la gestion des activités, l'implantation des GMF a maintenant atteint sa vitesse de croisière. Ainsi, 59 nouveaux GMF ont vu le jour au Québec au cours de l'année 2003-2004 comparativement à 17 au cours de l'année précédente.

Groupes de médecine de famille au Québec

	Au 31 mars 2003	Au 31 mars 2004
Nombre de GMF	17	76
Nombre de médecins participants	201	758
Nombre de personnes inscrites électroniquement à la RAMQ	9 651	171 192

Les 76 GMF comptent environ 124 sites, plus de 77 infirmières en poste et 48 CLSC devenus partenaires par des ententes à cet effet. Des GMF sont implantés dans toutes les régions du Québec, mais la proportion du territoire couvert est plus grande dans certaines sous-régions comme les Bois-Francs, la ville de Drummondville et ses environs, le littoral de la Chaudière-Appalaches, le territoire de Brome-Missisquoi, la ville de Granby et ses environs ainsi que Vaudreuil-Rigaud.

Répartition des groupes de médecine de famille accrédités par région

Région	Nombre de GMF accrédités au 31 mars 2003	Nombre de GMF accrédités au 31 mars 2004
Bas-Saint-Laurent	1	3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1	3
Capitale nationale	3	7
Mauricie et Centre-du-Québec	4	10
Estrie	1	4
Montréal	3	6
Outaouais	1	3
Abitibi-Témiscamingue	0	2
Côte-Nord	1	2
Nord-du-Québec	n. a.	n. a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	1
Chaudière-Appalaches	1	9
Laval	0	3
Lanaudière	1	4
Laurentides	0	3
Montérégie	0	16
Nunavik	n. a.	n. a.
Terres-Cris-de-la-Baie-James	n. a.	n. a.
Total	**17**	**76**

Bien que peu de temps se soit écoulé depuis la création des premiers GMF, le Ministère a commencé à recueillir, des commentaires positifs selon lesquels les GMF comportent plusieurs avantages pour la population, pour le personnel médical et infirmier ainsi que pour les partenaires. Par exemple, on a constaté, dans quelques régions, une augmentation du nombre d'heures d'ouverture de certains GMF alors qu'ailleurs, on a noté une augmentation du nombre d'heures d'accès aux services sans rendez-vous ou encore un accroissement du nombre de jours d'ouverture par année, incluant les jours fériés. D'autres gains positifs ont été constatés, que ce soit au regard du suivi des patients, de l'accès auprès d'un médecin de famille, d'un meilleur accès aux services de deuxième ligne pour les patients qui en ont besoin ainsi que de la réponse en tout temps – c'est-à-dire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 – adaptée aux besoins des patients, pour ne nommer que ceux-là.

Le Ministère entend poursuivre le déploiement des GMF au Québec afin que, d'ici quelques années, l'ensemble de la population québécoise puisse soit s'inscrire auprès d'un médecin membre d'un GMF, soit obtenir un suivi global équivalent dans l'un des autres types d'organisation de services médicaux du réseau (cliniques privées, services médicaux des CLSC, etc.). Pour cela, on s'attend à créer 300 GMF au cours des prochaines années.

Les personnes âgées en perte d'autonomie

OBJECTIF **Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie.**

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de territoires où existent des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie	Voir les commentaires	Voir les commentaires

Commentaires

Afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services, les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, déposées en février 2001, recommandaient la mise en place de réseaux de services intégrés.

L'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en décembre 2003, permettra la mise en place des réseaux locaux de services qui auront notamment le mandat d'assurer l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Finalement, soulignons que le Ministère a entrepris des travaux portant sur les besoins des aînés en perte d'autonomie et qu'une proposition d'un plan d'action gouvernemental devrait voir le jour au cours du prochain exercice.

OBJECTIF **Implanter l'outil d'évaluation multiclientèle.**

Indicateur	Cible	Résultat
Implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)	31 octobre 2003	Implanté au 31 octobre 2003

Commentaires

Le Ministère a adopté l'OEMC afin de favoriser l'intégration des services et des pratiques pour le mieux-être des personnes. Ce choix s'inscrit dans la suite des recommandations du Comité consultatif sur l'adoption d'un outil intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie ainsi que dans la foulée des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001) et de la politique de soutien à domicile intitulée *Chez soi : le premier choix* (2003).

L'OEMC est l'outil commun pour l'évaluation des besoins de la population cible, la planification des services requis et la communication de l'information dans les réseaux de services intégrés. La population visée est constituée de personnes âgées de 65 ans ou plus et de personnes qui ont des incapacités, une déficience ou une perte d'autonomie fonctionnelle. Par cet outil, on cherche notamment à améliorer l'accessibilité des services offerts aux personnes visées, afin que celles-ci reçoivent les bons services, au bon moment et au bon endroit, ainsi qu'à améliorer la continuité des services et des soins, tant par une meilleure planification que par la coordination des activités relatives au traitement, aux soins et aux services offerts à ces personnes.

Préalablement à l'implantation de l'OEMC, le Ministère a conçu une formation en collaboration avec les agences et l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Les agences considèrent avoir atteint leur cible, soit celle de former les personnes qui ont à utiliser l'OEMC dans leur travail.

Nombre de personnes ressources formées

	Au 31 octobre 2003
Formateurs régionaux	344
Intervenants ayant besoin d'une formation de base (2 jours)	4 267
Intervenants ayant besoin d'une formation de mise à jour (1 jour)	3 809
Total	**8 420**

Au fur et à mesure qu'ils ont été formés, les intervenants intégraient l'OEMC dans leur pratique. Dans les régions, on continue à maintenir la qualité de la formation en entraînant, selon les besoins, de nouveaux formateurs et en formant les nouveaux intervenants. Le contenu de la formation s'élargit sans cesse, de façon à tenir compte de toutes les populations visées.

À toute demande d'hébergement au Québec, est jointe une évaluation des besoins des personnes, laquelle permet aux intervenants de décider au mieux des intérêts de ces personnes. Dès janvier 2004, 98 % des demandes orientation-admission reçues dans les agences étaient basées sur l'évaluation des besoins au moyen de l'OEMC. Depuis, des actions ont été prises afin que toutes les demandes soient accompagnées de cet outil. Une mesure de l'utilisation de l'OEMC dans les dossiers pourra être effectuée lorsqu'un système d'information sera créé à cet effet.

OBJECTIF

Améliorer l'offre relative aux services à domicile à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie :

- **en répondant aux besoins de plus de personnes à domicile, peu importe leur milieu de vie ;**
- **en donnant une réponse plus complète aux besoins des personnes à domicile (intensité des services).**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services à domicile	141 074	154 600*
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne âgée en perte d'autonomie et par année	20,6	20,87*

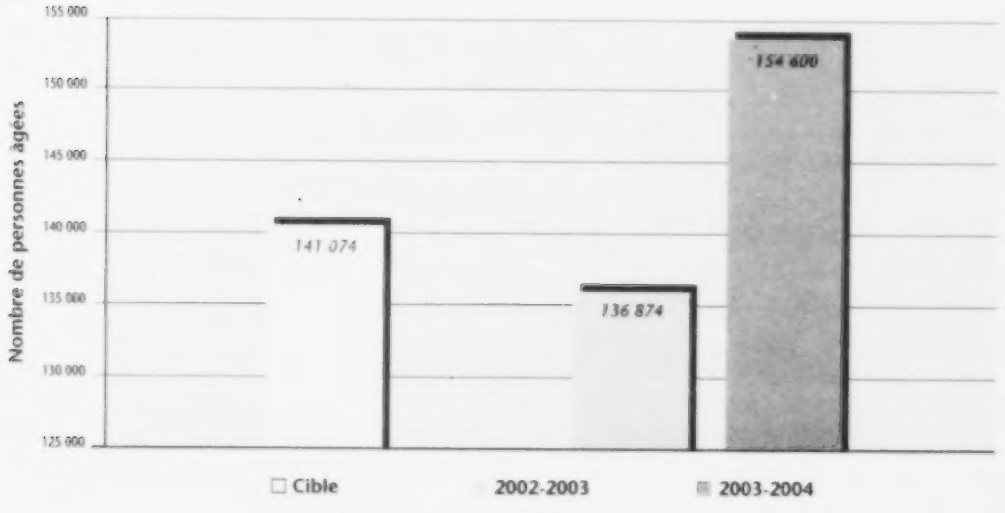
* Les résultats de 2003-2004 sont des estimations calculées à partir des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Commentaires

Afin de permettre d'améliorer les services de soutien à domicile destinés aux personnes âgées, le Ministère a injecté une somme additionnelle de 15,5 millions de dollars au cours de l'exercice 2003-2004, annualisée à 25 millions. Avec ce nouvel investissement, le Ministère souhaitait, d'une part, augmenter le nombre de personnes bénéficiant de tels services et, d'autre part, accroître l'intensité des services offerts.

L'objectif a été atteint et même dépassé en ce qui concerne le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services à domicile. En effet, on constate que, pour l'exercice 2003-2004, des services à domicile ont été offerts à près de 18 000 personnes de plus que pendant l'exercice précédent, une hausse importante de 13 %.

Nombre de personnes âgées recevant des services à domicile



Objectif

Améliorer l'offre relative aux services à domicile à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie :

- **en répondant aux besoins de plus de personnes à domicile, peu importe leur milieu de vie ;**
- **en donnant une réponse plus complète aux besoins des personnes à domicile (intensité des services).**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services à domicile	141 074	154 600*
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne âgée en perte d'autonomie et par année	20,6	20,87*

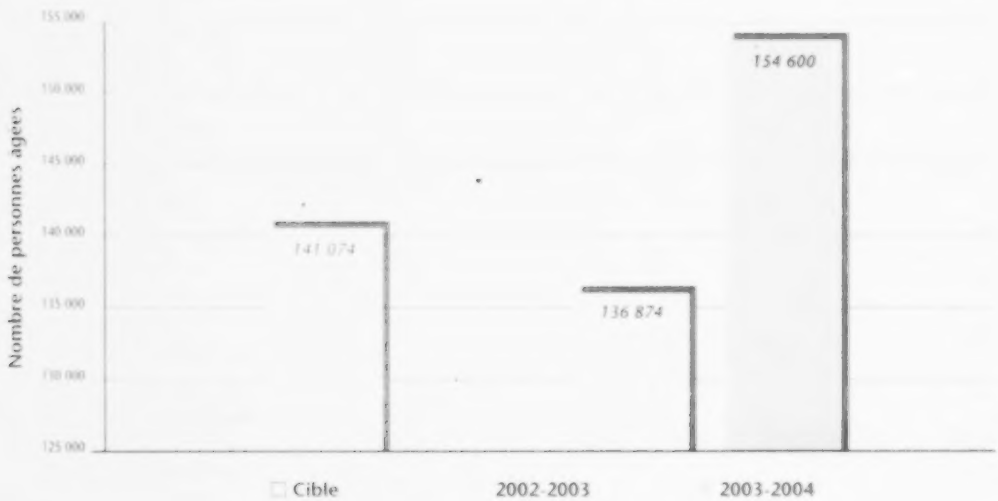
* Les résultats de 2003-2004 sont des estimations calculées à partir des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Commentaires

Afin de permettre d'améliorer les services de soutien à domicile destinés aux personnes âgées, le Ministère a injecté une somme additionnelle de 15,5 millions de dollars au cours de l'exercice 2003-2004, annualisée à 25 millions. Avec ce nouvel investissement, le Ministère souhaitait, d'une part, augmenter le nombre de personnes bénéficiant de tels services et, d'autre part, accroître l'intensité des services offerts.

L'objectif a été atteint et même dépassé en ce qui concerne le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services à domicile. En effet, on constate que, pour l'exercice 2003-2004, des services à domicile ont été offerts à près de 18 000 personnes de plus que pendant l'exercice précédent, une hausse importante de 13 %.

Nombre de personnes âgées recevant des services à domicile



Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions à domicile par personne âgée en perte d'autonomie et par année, la cible a également été atteinte.

En 2004-2005, les montants additionnels alloués pour la perte d'autonomie liée au vieillissement devraient permettre à 10 000 personnes supplémentaires de recevoir des services ainsi que d'augmenter l'intensité de ceux-ci de 1,3 intervention par personne.

OBJECTIF **Augmenter les soins et les services offerts aux personnes actuellement hébergées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre moyen d'heures travaillées par personne hébergée et par jour au regard des soins infirmiers et d'assistance	2,89	2,93*
Nombre moyen d'heures travaillées par personne hébergée et par jour au regard des autres services professionnels	0,23	0,21*

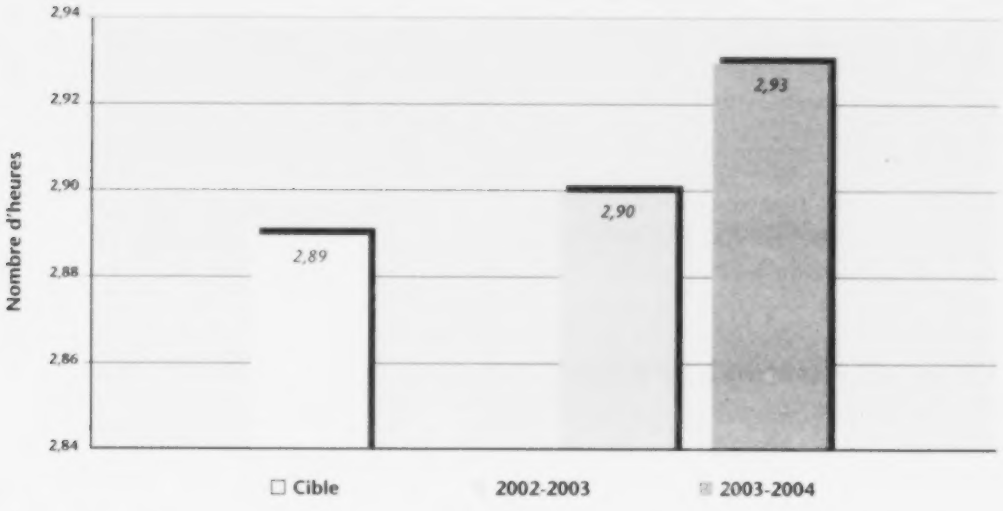
* Les résultats de 2003-2004 sont des estimations calculées à partir des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi de gestion périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Commentaires

Plus de 40 000 personnes vivent dans les CHSLD. En 2003-2004, 7 régions considérées comme plus pauvres sur le plan des ressources d'hébergement, selon une approche démographique, ont reçu au total 6 millions de dollars de crédits additionnels afin d'augmenter les soins et les services aux personnes hébergées.

En ce qui concerne la hausse du nombre moyen d'heures travaillées au regard des soins infirmiers et d'assistance, la cible a été atteinte et même dépassée comme le démontre le graphique suivant.

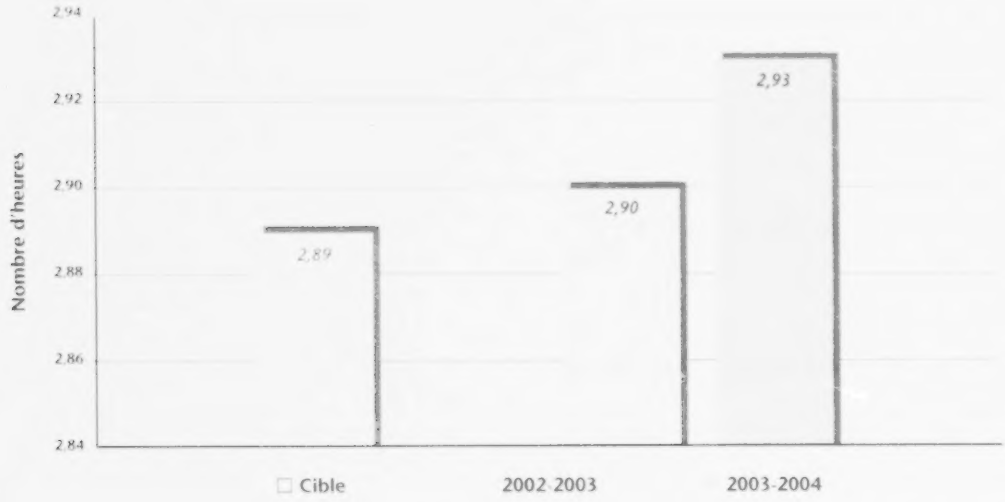
Nombre moyen d'heures travaillées par personne hébergée, par jour, au regard des soins infirmiers et d'assistance



Pour ce qui est des autres services professionnels, seule la région de Laval avait une cible d'augmentation ; bien qu'elle soit passée de 0,18 à 0,19 heure travaillée par personne hébergée, par jour, elle n'a pas atteint la cible de 0,21 heure comme il était prévu. Cela s'explique par le fait que l'embauche de professionnels supplémentaires s'est concrétisée plus tardivement dans l'année. Par ailleurs, la cible de la région de Laval ne pouvait pas à elle seule influencer la cible fixée pour tout le Québec ; c'est pourquoi à l'échelle nationale, on visait plutôt le maintien des soins et des services, mais cette cible n'a pas été atteinte non plus. La difficulté de recruter du personnel en serait, en partie, la cause. Par ailleurs, des problèmes quant à la validité des données se posent dans certaines régions.

Pour 2004-2005, les montants additionnels alloués pour la perte d'autonomie liée au vieillissement devraient permettre d'offrir 420 000 heures travaillées supplémentaires au regard des soins infirmiers et d'assistance et 40 000 heures travaillées supplémentaires en ce qui concerne les autres services professionnels.

Nombre moyen d'heures travaillées par personne hébergée, par jour, au regard des soins infirmiers et d'assistance



Pour ce qui est des autres services professionnels, seule la région de Laval avait une cible d'augmentation ; bien qu'elle soit passée de 0,18 à 0,19 heure travaillée par personne hébergée, par jour, elle n'a pas atteint la cible de 0,21 heure comme il était prévu. Cela s'explique par le fait que l'embauche de professionnels supplémentaires s'est concrétisée plus tardivement dans l'année. Par ailleurs, la cible de la région de Laval ne pouvait pas à elle seule influencer la cible fixée pour tout le Québec ; c'est pourquoi à l'échelle nationale, on visait plutôt le maintien des soins et des services, mais cette cible n'a pas été atteinte non plus. La difficulté de recruter du personnel en serait, en partie, la cause. Par ailleurs, des problèmes quant à la validité des données se posent dans certaines régions.

Pour 2004-2005, les montants additionnels alloués pour la perte d'autonomie liée au vieillissement devraient permettre d'offrir 420 000 heures travaillées supplémentaires au regard des soins infirmiers et d'assistance et 40 000 heures travaillées supplémentaires en ce qui concerne les autres services professionnels.

Les jeunes en difficulté

OBJECTIF **Intensifier les efforts de continuité des services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.**

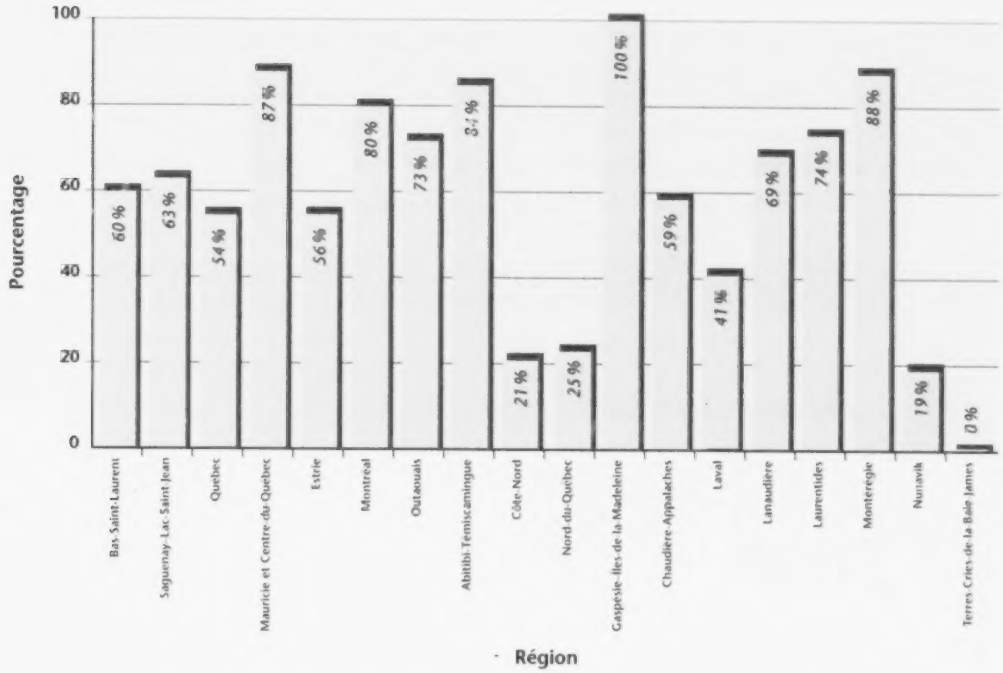
Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de jeunes mères bénéficiant du programme de services et de suivi intensif	2 954	2 644 au 15 septembre 2003

Commentaires

Pour faire suite au Sommet du Québec et de la jeunesse, le Ministère annonçait, le 5 juin 2000, la création du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP). Ce programme vise à soutenir les jeunes parents afin de favoriser le développement global des enfants, de prévenir et de réduire les difficultés d'adaptation sociale et les retards dans le développement des enfants ainsi que de diminuer les situations de négligence et d'abus envers ceux-ci. Les personnes visées par ce programme sont les jeunes femmes enceintes âgées de moins de 20 ans, les mères de moins de 20 ans au moment de leur inscription au programme, les pères et leurs enfants de 0 à 5 ans.

La première phase de l'implantation s'est déroulée de septembre à décembre 2002. Au cours de cette période, le PSJP a été mis en place dans dix-sept CLSC, soit un CLSC par région sauf dans celle de Montréal où deux CLSC offrent les services de ce programme. Pendant la deuxième phase de l'implantation, de janvier 2003 à septembre 2003, le programme a été étendu à tous les CLSC du Québec. Le 15 septembre 2003, date de la dernière collecte de données, 2 644 jeunes mères profitaient du service de suivi offert à l'intérieur de ce programme. On évalue que ce nombre représente 72 % de la population cible. Sur le plan régional, les résultats diffèrent toutefois d'une région à l'autre, comme le démontre le graphique suivant.

Proportion des jeunes mères bénéficiant du programme par région



Afin de proposer une vision globale des services offerts en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, le Ministère a élaboré et a adopté en janvier 2004 un cadre de référence regroupant le PSJP, le programme Naître égaux – Grandir en santé et les Activités de soutien éducatif précoce.

Le Ministère est satisfait que 72 % des jeunes familles du Québec ait pu bénéficier du PJSP dès la première année de son implantation. Le déploiement de ce programme est accompagné d'un programme continu de formation et du développement d'outils d'intervention permettant d'assurer des services de qualité qui répondent aux besoins de la population visée. De plus, une évaluation rigoureuse de l'implantation et des effets à court, à moyen et à long termes du programme sera effectuée.

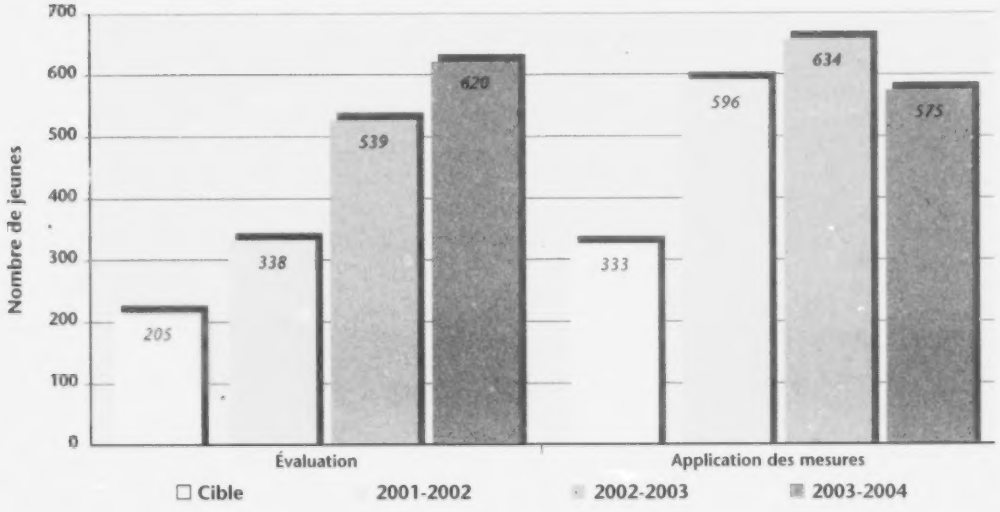
OBJECTIF **Garantir l'accès, dans les délais prescrits, aux services d'évaluation et d'application des mesures relatives à la protection de la jeunesse à tout enfant dont le signalement est retenu.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de jeunes qui attendent une évaluation	205	620
Nombre de jeunes qui attendent l'application des mesures relatives à la protection de la jeunesse	333	575

Commentaires

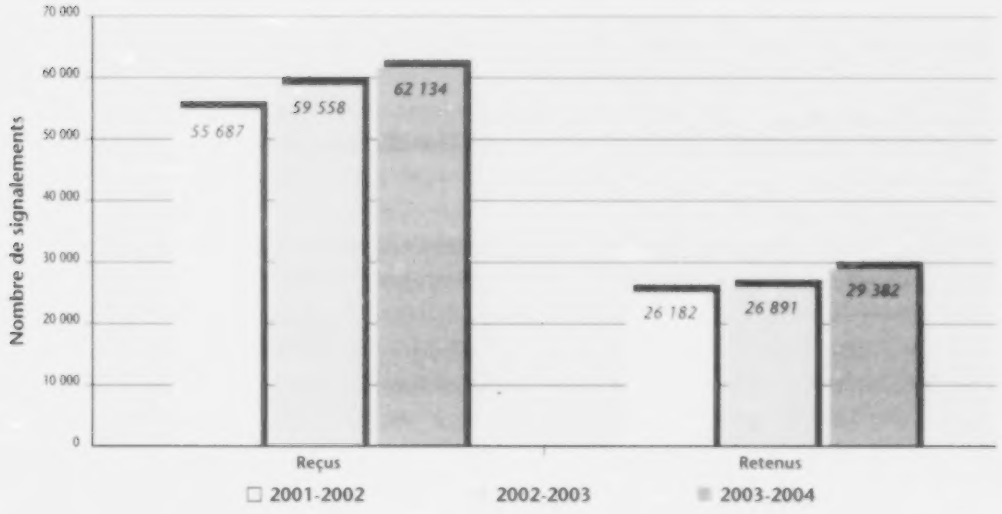
Afin de réduire les listes d'attente et l'engorgement dans les centres jeunesse du Québec, un montant supplémentaire de 6,3 millions de dollars leur a été alloué pour l'exercice 2003-2004. Cette nouvelle allocation budgétaire a permis de réduire significativement le nombre moyen de jeunes inscrits sur la liste d'attente à l'étape de l'application des mesures relatives à la protection de la jeunesse. Ainsi, une diminution de 14,6 % a été observée entre les deux derniers exercices, ce qui représente, en moyenne, 59 jeunes de moins. Cependant, à l'étape de l'évaluation, le nombre moyen de jeunes inscrits sur la liste d'attente n'a pas connu la baisse espérée. En effet, une hausse de 14,5 % a plutôt été constatée, ce qui représente, en moyenne, 81 jeunes de plus.

Nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente depuis 2001-2002



Cette hausse s'explique, notamment, par un accroissement important de la demande de services dans certaines régions. En effet, les CPEJ ont reçu 2 576 signalements de plus en 2003-2004 qu'au cours de l'exercice précédent. On a également noté que le nombre de signalements retenus s'est accru de près de 2 500, ce qui maintient la proportion des signalements retenus par rapport à ceux reçus. Le graphique ci-dessous illustre cette augmentation constante de la demande de services.

Nombre de signalements reçus et retenus



Le phénomène des listes d'attente pour des services en protection de la jeunesse n'atteint pas toutes les régions du Québec. On le retrouve à Montréal et dans les régions environnantes de même qu'en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, sur la Côte-Nord, en Chaudière-Appalaches et en Estrie.

Au cours du prochain exercice, le Ministère effectuera un suivi rigoureux des listes d'attente, afin qu'elles diminuent dans les proportions souhaitées, ainsi qu'un suivi périodique du temps d'attente pour une évaluation. Pour l'exercice 2004-2005, un montant de 10 millions de dollars sera alloué aux centres jeunesse du Québec afin de les aider à atteindre leurs objectifs en ce qui a trait aux listes d'attente.

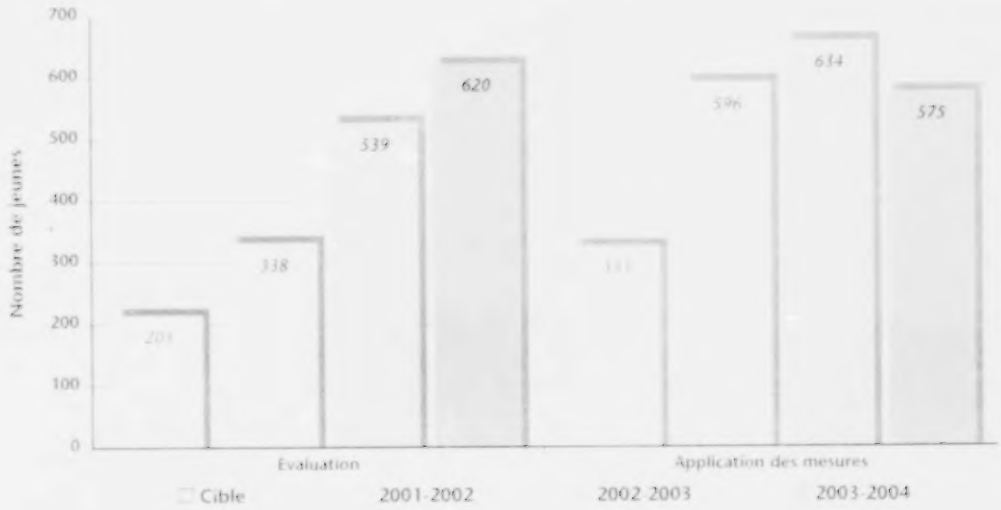
Garantir l'accès, dans les délais prescrits, aux services d'évaluation et d'application des mesures relatives à la protection de la jeunesse à tout enfant dont le signalement est retenu.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de jeunes qui attendent une évaluation	205	620
Nombre de jeunes qui attendent l'application des mesures relatives à la protection de la jeunesse	333	575

Commentaires

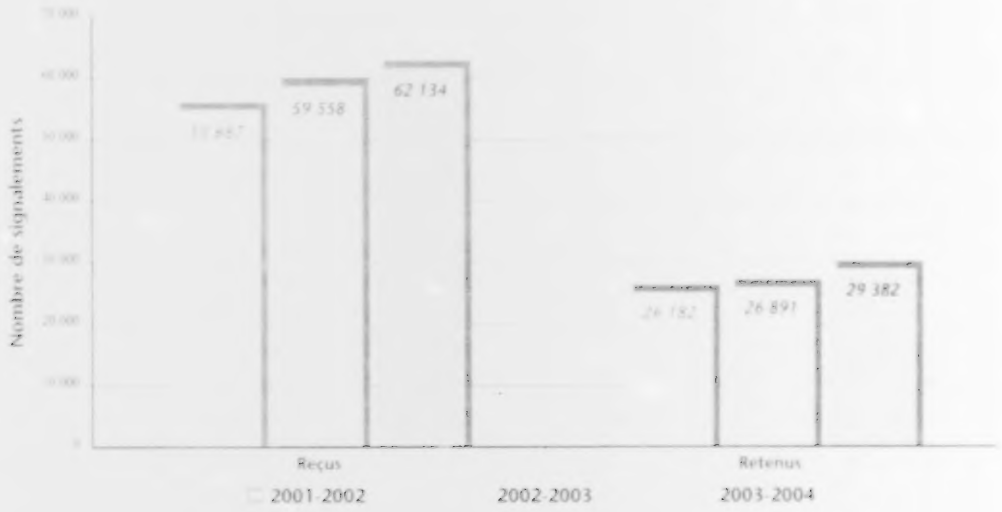
Afin de réduire les listes d'attente et l'engorgement dans les centres jeunesse du Québec, un montant supplémentaire de 6,5 millions de dollars leur a été alloué pour l'exercice 2003-2004. Cette nouvelle allocation budgétaire a permis de réduire significativement le nombre moyen de jeunes inscrits sur la liste d'attente à l'étape de l'application des mesures relatives à la protection de la jeunesse. Ainsi, une diminution de 14,0 % a été observée entre les deux derniers exercices, ce qui représente, en moyenne, 58 jeunes de moins. Cependant, à l'étape de l'évaluation, le nombre moyen de jeunes inscrits sur la liste d'attente n'a pas connu la baisse espérée. En effet, une hausse de 14,3 % a plutôt été constatée, ce qui représente, en moyenne, 81 jeunes de plus.

Nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente depuis 2001-2002



Cette hausse s'explique notamment par un accroissement important de la demande de services dans certaines régions. En effet, les CPEJ ont reçu 2 776 signalements de plus en 2003-2004 qu'au cours de l'exercice précédent. On a également noté que le nombre de signalements retenus s'est accru de près de 2 500, ce qui maintient la proportion des signalements retenus par rapport à ceux reçus. Le graphique ci-dessous illustre cette augmentation constante de la demande de services.

Nombre de signalements reçus et retenus



Le phénomène des listes d'attente pour des services en protection de la jeunesse n'atteint pas toutes les régions du Québec. On le retrouve à Montréal et dans les régions environnantes de même qu'en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, sur la Côte-Nord, en Chaudière-Appalaches et en Estrie.

Au cours du prochain exercice, le Ministère effectuera un suivi rigoureux des listes d'attente, afin qu'elles diminuent dans les proportions souhaitées, ainsi qu'un suivi périodique du temps d'attente pour une évaluation. Pour l'exercice 2004-2005, un montant de 10 millions de dollars sera alloué aux centres jeunesse du Québec afin de les aider à atteindre leurs objectifs en ce qui a trait aux listes d'attente.

OBJECTIF **Assurer aux jeunes en difficulté une gamme de services de réadaptation mieux adaptés à leurs besoins.**

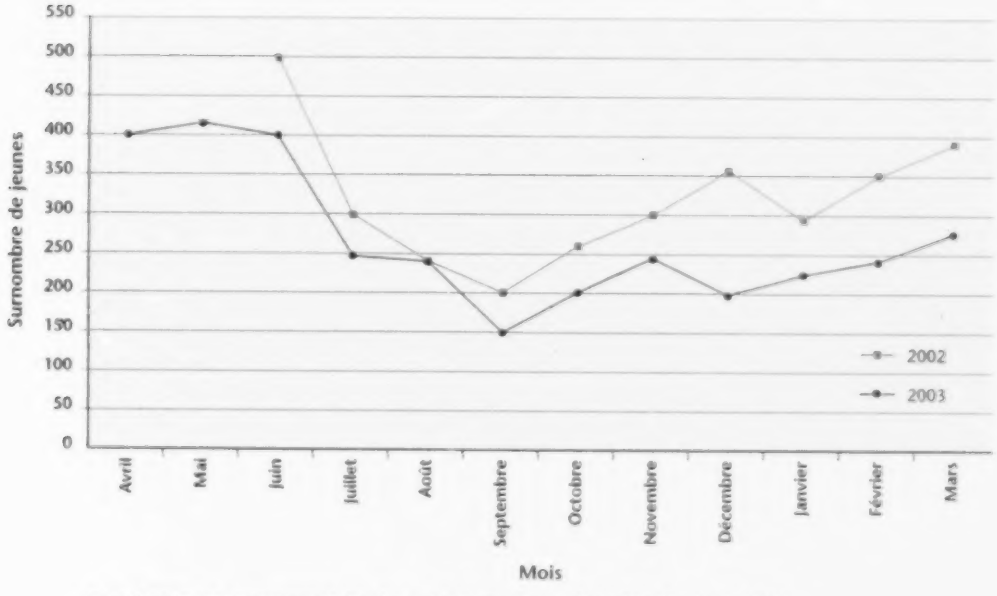
Indicateur	Cible	Résultat
Taux d'engorgement dans les centres jeunesse	5 %	0 %*

* Le résultat de 0 % s'explique par le fait que, pour l'ensemble du Québec, le nombre de places occupées est inférieur au nombre de places autorisées même s'il existe un engorgement dans certaines régions, c'est-à-dire que le nombre de places occupées y est supérieur au nombre de places autorisées.

Commentaires

On parle d'engorgement dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation lorsque le nombre de places occupées dépasse le nombre total de places autorisées (places à contrat et places au permis). Le Ministère effectue un suivi du taux d'engorgement afin d'éviter que des jeunes ne soient hébergés dans des lieux inappropriés. Soulignons que des situations d'engorgement se produisent en même temps que des situations d'inoccupation. Ainsi, dans une région donnée, un centre jeunesse qui offre des services d'hébergement aux garçons de 12 à 17 ans peut avoir un certain nombre de places inoccupées alors que les services offerts aux filles de 12 à 17 ans seront engorgés.

Engorgement des places dans les ressources d'hébergement en réadaptation*



* Les données sur l'engorgement dans les centres jeunesse sont disponibles depuis juin 2002.

L'engorgement dans les centres jeunesse fluctue selon les périodes de l'année, mais il existe en tout temps. Il touche principalement les places réservées aux jeunes de 12 à 17 ans, que ce soit dans les unités de réadaptation courante ou dans les unités d'encadrement intensif. On observe, dans ce dernier type de ressources et pour cette population, un taux de 6 % d'engorgement qui correspond à 230 places comme nombre moyen. Au 31 mars 2004, on comptait 253 jeunes en surnombre, alors qu'il y en avait 344 à la même date de l'année précédente, ce qui représente une diminution de 26,5 %. L'augmentation des demandes d'hébergement pour certains groupes de jeunes dans quelques régions explique en partie cet engorgement.

Sur le plan régional, la majorité des centres jeunesse ont atteint leur cible au regard de l'engorgement pour l'année 2003-2004 sauf dans deux régions, celle de la Mauricie et Centre-du-Québec et celle de Lanaudière.

Afin de mieux traduire la réalité de l'engorgement dans les centres jeunesse et d'effectuer un suivi plus adapté à cette réalité, les données utilisées pour la reddition de comptes seront compilées par centre jeunesse, par région, par groupe d'âge, par sexe et par type de ressources, et ce, pour chaque période financière à partir de l'exercice 2005-2006.

OBJECTIF **Confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse.**

Indicateur	Cible	Résultat
Dépôt des modifications législatives	31 mars 2004	Dépôt prévu à la fin de 2004

Commentaires

Afin que le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse soit confirmé et que l'articulation des services pour les jeunes en difficulté et leur famille devienne meilleure, différents groupes de travail ont proposé que la loi soit révisée.

La nécessité de procéder à différentes consultations pour obtenir le plus large consensus possible et la volonté de tenir compte des travaux effectués par le ministère de la Justice, également responsable de cette loi, a entraîné le report des modifications législatives.

En décembre 2002, un mandat de révision de la Loi sur la protection de la jeunesse a été confié à l'Assemblée de coordination de la protection de la jeunesse. Un comité d'experts externes a été formé en janvier 2003. Ce comité a déposé au Ministère, en novembre 2003, un rapport intitulé *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, rapport qui fut rendu public en mars 2004.

Avant de donner son assentiment aux recommandations du comité d'experts et de formuler des propositions concernant la modification de la loi, le Ministère désire mesurer l'adhésion des personnes et des organismes concernés aux différentes propositions faites par ce comité. Une tournée de consultation à cette fin a été entreprise en mai 2004 dans les régions du Québec.

Des discussions avec le ministère de la Justice sur une consultation commune des organismes nationaux à l'automne 2004 sont également en cours. Cette démarche fait suite aux recommandations d'un groupe de travail de ce ministère relativement à la nécessité d'améliorer le fonctionnement des tribunaux en matière de protection de la jeunesse.

Les travaux effectués par les deux ministères visent le dépôt d'un projet de loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse avant la fin de l'année 2004.

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale

OBJECTIF **Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie.**

Sous-objectif

Réviser et poursuivre la mise en œuvre des cibles prioritaires en santé mentale, dont les réseaux de services intégrés pour les personnes ayant des troubles graves et persistants.

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de territoires où sont implantés des réseaux locaux de services en santé mentale	Un réseau local de services en santé mentale par territoire	Implantation en cours dans tous les territoires du Québec

Commentaires

Le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, préparé en 1998, prévoyait la mise en place de réseaux locaux de services en santé mentale s'appuyant sur une organisation locale. En 2001, le Ministère publiait des lignes directrices dans lesquelles ce réseau est défini comme « une offre de services variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions, tant du point de vue fonctionnel que clinique et qui sont imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leur famille et de leurs proches ».

Depuis, dans toutes les régions du Québec, les partenaires travaillant en santé mentale se sont associés dans des démarches de collaboration et de complémentarité. Ces démarches sont formalisées par des protocoles d'entente, des tables de concertation ou l'existence proprement dite de réseaux locaux de services en santé mentale, selon les endroits.

En décembre 2003, le gouvernement du Québec sanctionnait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, laquelle prévoit la création de réseaux locaux de services. Ainsi, en vertu de cette loi, les instances locales sont chargées de s'assurer que les services de proximité en santé et en services sociaux sont offerts pour tous les program-

mes et de s'assurer également de la ratification d'ententes pour que la population locale ait accès à des services spécialisés ou surspécialisés et à des services régionaux de toute nature comme l'intersectorialité.

La mise en réseau, amorcée depuis plusieurs années dans le secteur de la santé mentale, facilite le travail des instances locales qui préparent les ententes de partenariat nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale.

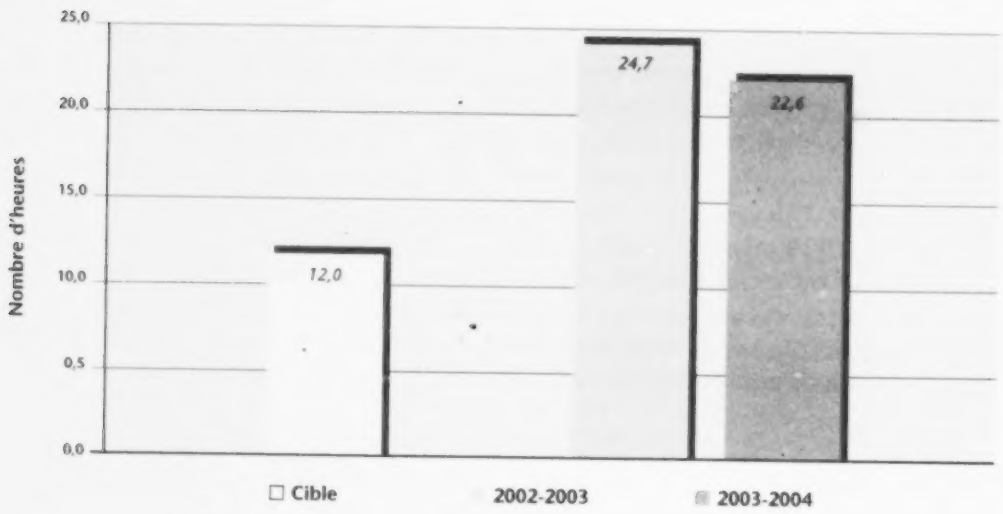
OBJECTIF **Mettre en place des services de prise en charge des personnes qui vivent une crise suicidaire et psychiatrique.**

Indicateur	Cible	Résultat
Durée moyenne de séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale	8 heures pour les patients non admis et 12 heures pour les patients admis	Résultat cumulatif : 22,6 heures

Commentaires

Selon les normes fixées par le Centre de coordination nationale sur les urgences (CCNU), la durée moyenne du séjour sur une civière ne devrait pas excéder 8 heures pour les patients non admis dans un établissement et 12 heures pour les patients admis. En 2003-2004, les personnes ayant des problèmes de santé mentale restaient en moyenne 22,6 heures dans la salle d'urgence comparativement à 24,7 heures en 2002-2003. Le graphique ci-dessous illustre la situation.

Durée moyenne du séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale



mes et de s'assurer également de la ratification d'ententes pour que la population locale ait accès à des services spécialisés ou surspécialisés et à des services régionaux de toute nature comme l'intersectorialité.

La mise en réseau, amorcée depuis plusieurs années dans le secteur de la santé mentale, facilite le travail des instances locales qui préparent les ententes de partenariat nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale.

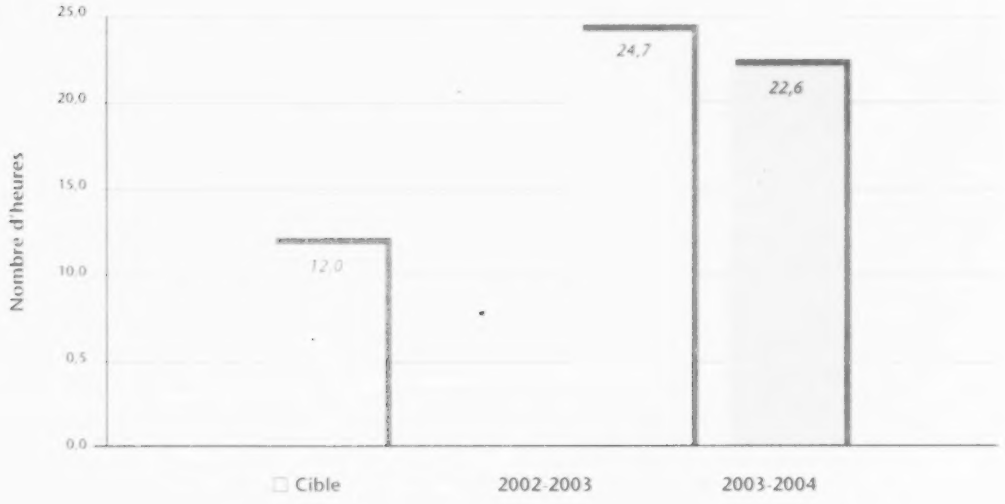
Mettre en place des services de prise en charge des personnes qui vivent une crise suicidaire et psychiatrique.

Indicateur	Cible	Résultat
Durée moyenne de séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale	8 heures pour les patients non admis et 12 heures pour les patients admis	Résultat cumulatif : 22,6 heures

Commentaires

Selon les normes fixées par le Centre de coordination nationale sur les urgences (CCNU), la durée moyenne du séjour sur une civière ne devrait pas excéder 8 heures pour les patients non admis dans un établissement et 12 heures pour les patients admis. En 2003-2004, les personnes ayant des problèmes de santé mentale restaient en moyenne 22,6 heures dans la salle d'urgence comparativement à 24,7 heures en 2002-2003. Le graphique ci-dessous illustre la situation.

Durée moyenne du séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale



Si, comme le montre le tableau suivant, la durée moyenne du séjour dans les salles d'urgence dépasse la norme de 12 heures établie pour le Québec, on note toutefois que la situation s'améliore dans neuf régions sur quinze, soit celles du Bas-Saint-Laurent, de la Capitale nationale, de Montréal, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Chaudière-Appalaches, de Laval et de la Montérégie.

Durée moyenne du séjour sur une civière en heures, par région

Région	2002-2003	2003-2004
Bas-Saint-Laurent	10,0	9,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	8,1	8,4
Capitale nationale	21,0	19,9
Mauricie et Centre-du-Québec	16,1	18,0
Estrie	19,3	20,1
Montréal	35,9	30,5
Outaouais	30,2	26,8
Abitibi-Témiscamingue	14,7	13,4
Côte-Nord	17,3	13,4
Nord-du-Québec	n. a.	n. a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	10,1	10,5
Chaudière-Appalaches	11,9	11,8
Laval	17,5	16,7
Lanaudière	24,4	24,6
Laurentides	18,2	22,1
Montérégie	24,9	22,6
Nunavik	n. a.	n. a.
Terres-Cris-de-la-Baie-James	n. a.	n. a.

Précisons ici que les résultats enregistrés dans un petit nombre d'établissements font s'élever de manière importante la durée moyenne de séjour obtenue sur le plan national. Le suivi serré effectué par le CCNU devra donc se poursuivre en 2004-2005 auprès des établissements où la situation est problématique.

Par ailleurs, il est possible de faire raccourcir la durée du séjour effectué dans les salles d'urgence par les personnes qui présentent des difficultés d'ordre mental si le partenariat et la coordination sont bien établis entre l'urgence, les ressources dans la communauté et les services d'hospitalisation. Pour l'année 2004-2005, le Ministère demande à son réseau d'assurer une liaison fonctionnelle accrue (ententes convenues, mécanismes de liaison, équipes territoriales de prise en charge, etc.) entre les services de réponse aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté, ce qui devrait permettre aux personnes ayant un problème de santé mentale de demeurer moins longtemps sur une civière dans les salles d'urgence.

OBJECTIF **S'assurer que les équipes s'occupant de la santé mentale des adultes dans les territoires locaux offrent des services de soutien et d'intégration dans la communauté, y compris des services de soutien intensif ou d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.**

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre d'adultes ayant reçu des services de soutien intensif ou d'intensité variable dans la communauté	Augmentation globale	Voir les commentaires

Commentaires

Les services de soutien dans la communauté sont généralement offerts selon le modèle du programme *Assertive Communauty Treatment*, pour le suivi intensif, et selon le modèle *Case Management* de distribution des soins et des services, pour le soutien d'intensité variable. Les recherches nombreuses sur le sujet permettent d'établir qu'environ 70 personnes sur 100 000 ont besoin des services de suivi intensif et que de 250 à 300 personnes sur 100 000 ont besoin de services de soutien d'intensité variable.

Afin de suivre les investissements en 2003-2004, nous avons instauré un suivi par période du nombre d'usagers qui ont bénéficié de services de soutien intensif ou d'intensité variable. Selon les données obtenues auprès des producteurs de soins et de services, en moyenne, au Québec, 1 735 usagers de 18 ans ou plus ont profité d'un suivi intensif alors que plus de 5 000 personnes en auraient eu besoin, selon un calcul théorique. La proportion des personnes, pris en charge par le réseau public, est ici de 32 %. Par ailleurs, 3 495 usagers ont bénéficié d'un soutien d'intensité variable du type *Case Management*. Dans ce cas, la proportion des besoins, pris en charge par le réseau public, se situerait à 18,6 %. Ces pourcentages ne tiennent pas compte des services offerts par le secteur communautaire. Quant à l'augmentation souhaitée, elle ne peut être mesurée adéquatement, car le Ministère ne disposait pas de données relatives au nombre d'adultes ayant reçu de tels services en 2002-2003. Cette situation sera corrigée pour le prochain exercice.

En ce qui concerne les cibles pour l'année 2004-2005, le Ministère a fixé les proportions à 50 % pour le suivi intensif et à 30 % pour le soutien d'intensité variable. Le soutien dans la communauté demeure une mesure pivot structurante pour l'organisation des services qui visent le maintien dans la communauté des adultes aux prises avec des troubles graves de santé mentale. Les conditions par lesquelles les organismes communautaires peuvent garantir la couverture territoriale sont à définir et le partenariat nécessaire à cette fonction reste à mettre en place.

OBJECTIF

Améliorer la disponibilité des services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux afin de réduire le recours aux services spécialisés aux seules personnes qui en ont besoin.

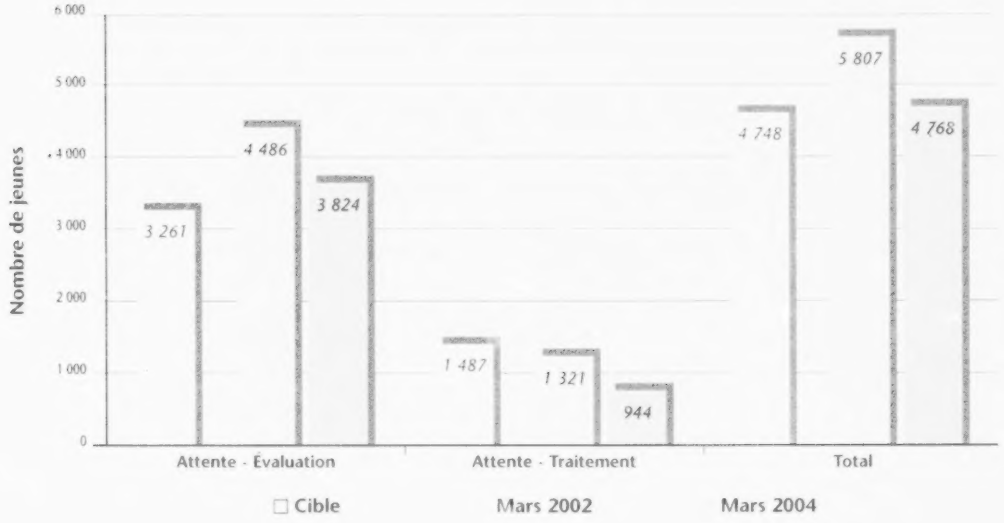
Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de jeunes en attente d'une évaluation	3 261	3 824
Nombre de jeunes en attente d'un traitement en pédopsychiatrie	1 487	944

Commentaires

Le nombre élevé d'enfants et d'adolescents qui attendent une évaluation ou un traitement en pédopsychiatrie est un sujet très préoccupant. Pour la première fois, en 2003-2004, le Ministère s'est engagé à réduire considérablement le nombre de jeunes qui attendent des services dans cette spécialité.

Pour l'année 2003-2004, les données obtenues montrent que la situation ne s'est pas détériorée par rapport aux dernières données comparables, soit celles de mars 2002, et ce, bien que la cible concernant les jeunes qui attendent une évaluation n'ait pas été atteinte. Ainsi, on observe que le nombre total d'enfants et d'adolescents qui attendent pour recevoir des services d'évaluation ou un traitement en pédopsychiatrie est passé à 4 768 au 31 mars 2004, alors que la cible visée était de 4 748. À titre de comparaison, le nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente au 31 mars 2002 était de 5 807.

Nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente en pédopsychiatrie



OBJECTIF **Améliorer la disponibilité des services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux afin de réduire le recours aux services spécialisés aux seules personnes qui en ont besoin.**

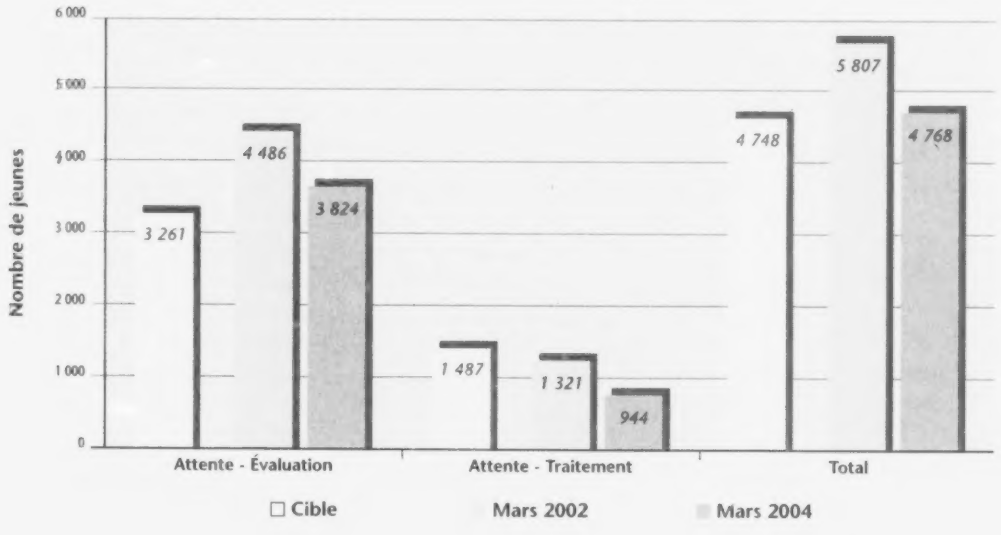
Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de jeunes en attente d'une évaluation	3 261	3 824
Nombre de jeunes en attente d'un traitement en pédopsychiatrie	1 487	944

Commentaires

Le nombre élevé d'enfants et d'adolescents qui attendent une évaluation ou un traitement en pédopsychiatrie est un sujet très préoccupant. Pour la première fois, en 2003-2004, le Ministère s'est engagé à réduire considérablement le nombre de jeunes qui attendent des services dans cette spécialité.

Pour l'année 2003-2004, les données obtenues montrent que la situation ne s'est pas détériorée par rapport aux dernières données comparables, soit celles de mars 2002, et ce, bien que la cible concernant les jeunes qui attendent une évaluation n'ait pas été atteinte. Ainsi, on observe que le nombre total d'enfants et d'adolescents qui attendent pour recevoir des services d'évaluation ou un traitement en pédopsychiatrie est passé à 4 768 au 31 mars 2004, alors que la cible visée était de 4 748. À titre de comparaison, le nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente au 31 mars 2002 était de 5 807.

Nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente en pédopsychiatrie



Bien que le nombre d'enfants et d'adolescents soit moindre sur le plan national, il demeure important dans la plupart des régions du Québec. Ainsi, on observe que le nombre de jeunes qui attendent une évaluation ou un traitement en pédopsychiatrie a diminué dans onze régions sur quartorze. Seules les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont connu des hausses à ce sujet.

Nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente en pédopsychiatrie, par région

Région	Mars 2002	Mars 2004
Bas-Saint-Laurent	139	105
Saguenay–Lac-Saint-Jean	198	232
Capitale nationale	550	414
Mauricie et Centre-du-Québec	456	258
Estrie	318	317
Montréal	1 192	1 151
Outaouais	256	187
Abitibi-Témiscamingue	134	100
Côte-Nord	78	102
Nord-du-Québec	n. a.	n. a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	78	117
Chaudière-Appalaches	194	182
Laval	inclus dans Montréal	inclus dans Montréal
Lanaudière	378	334
Laurentides	541	417
Montérégie	1 295	852
Nunavik	n. a.	n. a.
Terres-Cris-de-la-Baie-James	n. a.	n. a.
Total	**5 807**	**4 768**

Le nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente varie aussi selon la période de l'année. On compte en effet 3 752 jeunes sur les listes d'attente en septembre, alors que l'on en dénombre 4 704 en janvier. On constate ainsi que le nombre de jeunes inscrits diminue au cours des mois d'été pour ensuite augmenter vers la fin des activités scolaires de l'automne et au début de l'hiver.

Au cours des prochaines années, des travaux sur la consommation des services de première ligne offerts aux jeunes dans les CLSC, sur la composition des listes d'attente et sur la durée de l'attente devront être menés afin que nous puissions mieux connaître les causes du temps d'attente. Soulignons que l'intervention précoce en première ligne auprès des jeunes aux prises avec des troubles mentaux est susceptible de prévenir les situations de crise et de faire en sorte que les services spécialisés de pédopsychiatrie ne soient utilisés que par ceux qui en ont besoin.

Les personnes ayant une déficience physique

OBJECTIF **Intensifier les efforts de continuité des services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.**

Sous-objectif

Élaboration d'une stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes atteintes d'une déficience physique.

Indicateur	Cible	Résultat
Diffusion de la stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes ayant une déficience physique et de leurs proches	Diffusion en 2003-2004	Diffusée le 6 novembre 2003

Commentaires

En novembre 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux a présenté le document intitulé *Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique – Objectifs 2004-2009*. Ce document fait état des dix-huit objectifs que le réseau de la santé et des services sociaux s'est fixés en ce qui concerne les services aux personnes handicapées. Ces objectifs servent à déterminer les résultats souhaités, principalement au regard des services offerts aux personnes ayant une déficience physique et de l'accès à ces services. Plus précisément :

- cinq objectifs ont trait aux services offerts ;
- sept objectifs portent sur l'accès aux services ;
- trois objectifs concernent la qualité de l'intervention ;
- un objectif se rapporte aux outils de gestion ;
- deux objectifs ont pour objet la clarification de certains concepts.

Ces objectifs interpellent tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que l'ensemble des partenaires gouvernementaux du secteur privé et du milieu communautaire. De plus, ils s'inscrivent bien dans la démarche que le Ministère a entreprise au cours du présent exercice, soit la mise en place de véritables réseaux locaux de services.

Bien que plusieurs travaux sur la déficience physique restent à compléter, des actions précises sont déjà enclenchées. Ainsi, en 2004-2005, le Ministère entend signifier aux différentes agences des attentes qui comportent des cibles relatives à l'amélioration des services, comme l'augmentation du nombre de personnes et de familles recevant des services à domicile ainsi que du nombre des personnes bénéficiant des services spécialisés de réadaptation.

Les jeunes dysphasiques

OBJECTIF **Assurer l'accès à des services spécialisés de réadaptation aux jeunes dysphasiques.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de jeunes ayant reçu des services	5 190	5 757*
Nombre de jeunes en attente de services	1 078	1 600*

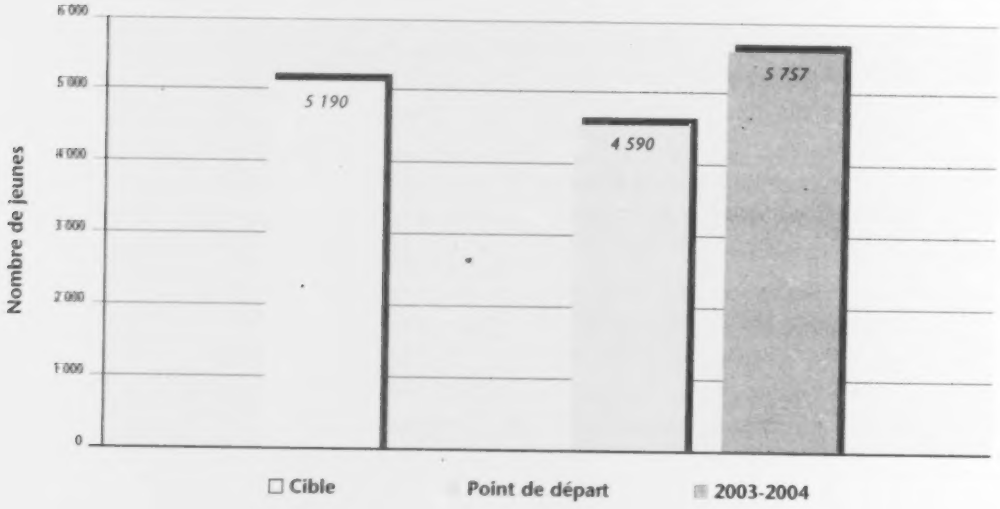
* Les résultats de 2003-2004 sont des estimations calculées à partir des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi de gestion périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Commentaires

En 2003-2004, le Ministère a alloué un montant additionnel de près de 1,8 million de dollars, annualisé à 3 millions, afin d'améliorer la disponibilité des services et de poursuivre la consolidation des services spécialisés de réadaptation pour les jeunes dysphasiques. Selon les besoins, les services offerts ont permis l'amélioration des capacités langagières, le développement des fonctions perceptuelles et motrices, la diminution des comportements inadéquats ou le développement des habiletés sociales et affectives.

La cible relative au nombre de jeunes ayant reçu des services a été atteinte. En effet, le nombre total de jeunes a augmenté de 1 167 par rapport au point de départ qui était, selon l'information fournie par les agences, de 4 590, la hausse étant de 25 %. Sur le plan régional, l'objectif a été atteint ou dépassé dans 13 régions sur 16.

Nombre de jeunes dysphasiques ayant reçu des services



Les jeunes dysphasiques

Assurer l'accès à des services spécialisés de readaptation aux jeunes dysphasiques.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre de jeunes ayant reçu des services	5 190	5 757*
Nombre de jeunes en attente de services	1 078	1 600*

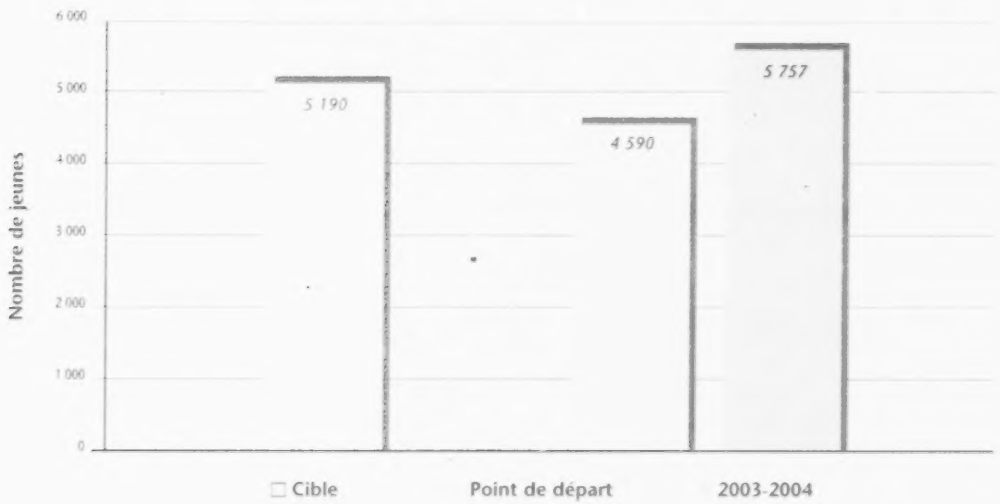
* Les résultats de 2003-2004 sont des estimations calculées à partir des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi de gestion périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Commentaires

En 2003-2004, le Ministère a alloué un montant additionnel de près de 1,8 million de dollars, annualisé à 3 millions, afin d'améliorer la disponibilité des services et de poursuivre la consolidation des services spécialisés de readaptation pour les jeunes dysphasiques. Selon les besoins, les services offerts ont permis l'amélioration des capacités langagières, le développement des fonctions perceptuelles et motrices, la diminution des comportements inadéquats ou le développement des habiletés sociales et affectives.

La cible relative au nombre de jeunes ayant reçu des services a été atteinte. En effet, le nombre total de jeunes a augmenté de 1 167 par rapport au point de départ qui était, selon l'information fournie par les agences, de 4 590, la hausse étant de 25 %. Sur le plan régional, l'objectif a été atteint ou dépassé dans 13 régions sur 16.

Nombre de jeunes dysphasiques ayant reçu des services



Toutefois, le nombre de jeunes qui attendent des services n'a pas diminué, contrairement à ce que souhaitait le Ministère. Ainsi, le nombre de ces jeunes a augmenté de 176 au cours du dernier exercice ; l'année précédente, 1 424 jeunes étaient inscrits sur la liste d'attente. Sur le plan régional, le nombre de jeunes en attente a diminué dans 8 régions, la cible était atteinte dans l'une de celles-ci.

Ces résultats s'expliquent premièrement par le fait que le nombre de jeunes qui se sont ajoutés à la liste d'attente a été beaucoup plus élevé que le nombre de nouveaux jeunes à qui l'on a pu donner des services. Lorsque les services sont offerts plus près des gens, la demande augmente. L'allongement des listes d'attente s'explique également par les difficultés éprouvées par les établissements de certaines régions concernant le recrutement de professionnels. Certains postes ont donc été vacants pendant une partie de l'année.

Malgré que la liste d'attente se soit allongée, le Ministère est tout de même satisfait des résultats obtenus puisque tout près de 1 200 jeunes de plus ont obtenu des services spécialisés. À court terme, il vise maintenant à poursuivre ses efforts pour que se maintienne l'augmentation du nombre de jeunes qui reçoivent des services. Par le fait même, le Ministère cherche, à moyen terme, à faire abaisser l'âge auquel les jeunes reçoivent leurs premiers services et, par conséquent, à faire diminuer le nombre de jeunes qui attendent des services ainsi que la durée de cette attente.

Les personnes ayant un trouble envahissant du développement

OBJECTIF

Consolider les mesures de soutien aux familles et aux proches-aidants et rendre accessibles des services généraux et spécialisés d'intervention et de soutien à l'intégration sociale aux personnes ayant un trouble envahissant du développement, tel que :

- **l'intervention comportementale pour les enfants ;**
- **l'adaptation de soutien pour les enfants d'âge scolaire ;**
- **les services spécialisés pour les adultes.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre d'enfants ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive	347	424 *
Nombre d'heures de services d'intervention comportementale intensive par enfant de moins de 6 ans	20	22,4 *
Nombre d'enfants d'âge scolaire revevant des services de soutien	671	1 995 *
Nombre d'adultes recevant des services spécialisés	467	961 *
Montant versé aux familles	3 M$	3,2 M$

* Les résultats de 2003-2004 sont des estimations calculées à partir des bilans annuels fournis par les agences ; ceux-ci sont le produit d'un suivi de gestion périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Commentaires

Un montant additionnel de 11,3 millions de dollars, annualisé à 18 millions, a été investi en 2003-2004 par le Ministère pour entreprendre, dans toutes les régions du Québec, le déploiement du plan d'action en matière de troubles envahissants du développement, intitulé *Un geste porteur d'avenir*. Conformément à ce plan, des ressources ont été allouées pour mettre en place, consolider ou rendre accessibles des services d'intervention comportementale intensive comprenant un minimum de 20 heures d'intervention par semaine auprès de chaque enfant de moins de 6 ans. D'autres résultats étaient également attendus concernant, notamment, la mise en place de services spécialisés de soutien à l'intégration sociale pour les enfants d'âge scolaire et les adultes ainsi que le soutien aux familles.

Prioritairement, il fallait implanter le service d'intervention comportementale intensive, basé sur l'approche béhaviorale appliquée. Pour pouvoir assurer ce service, il a d'abord fallu mettre en place un programme universitaire de formation sur mesure pour les intervenants des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et pour les professionnels responsables de les superviser. Ce programme a commencé en octobre 2003. Quelque 260 intervenants et superviseurs se sont inscrits à la formation.

Par ailleurs, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle devaient également offrir des services aux enfants d'âge scolaire et aux adultes, soit en ajoutant des services ou encore en offrant aux enfants ou aux adultes inscrits sur les listes d'attente, les services dont ils ont besoin.

En ce qui concerne le nombre de personnes ayant obtenu des services, que ce soit les enfants de moins de 6 ans, les enfants d'âge scolaire ou les adultes, les objectifs ont été atteints et même dépassés. Relativement au nombre d'heures en ce qui a trait au service d'intervention comportementale intensive, la cible de 20 heures, par enfant, par semaine, a également été atteinte. Le service a commencé à être offert en novembre 2003, au fur et à mesure de l'embauche et de la formation des intervenants. Le nombre d'heures progresse en fonction de la

disponibilité de l'enfant. Différents facteurs viennent influencer l'intensité du service offert, notamment l'âge de l'enfant et la tolérance de celui-ci à l'intervention.

Pour les familles, le Ministère a fait en sorte que les services de soutien soient améliorés en injectant une somme additionnelle de trois millions de dollars. Dans les régions, on a privilégié différents moyens, tels que l'allocation directe pour l'achat de services de répit et de gardiennage ainsi que le soutien financier à des organismes communautaires s'occupant des personnes aux prises avec un trouble envahissant du développement.

En conclusion, les objectifs fixés ont été atteints au terme de la première année d'implantation du plan d'action en matière de troubles envahissants du développement.

Les personnes victimes de violence

OBJECTIF **Augmenter le financement de base des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et rendre disponibles des services adaptés aux enfants exposés à la violence conjugale dans les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale au Québec	321 631 $	348 902 $
Financement de base moyen des centres de femmes	89 412 $	97 001 $
Nombre d'enfants ayant reçu des services d'une personne spécialiste de l'intervention auprès des enfants dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale	Aucune cible précise	4 041*

* Les résultats de 2003-2004 sont des estimations calculées à partir des bilans annuels fournis par les agences ; ces bilans sont le produit d'un suivi de gestion périodique effectué auprès des organismes communautaires qui s'occupent des femmes victimes de violence conjugale.

Commentaires

Afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts aux femmes violentées, le Ministère a alloué, en 2003-2004, un montant additionnel de 5 millions de dollars, annualisé à 8 millions, afin :

- d'augmenter le financement des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale ;
- d'accroître le financement des centres de femmes ;
- de mettre en place des mesures d'intervention auprès des enfants.

Les deux premières cibles ont été atteintes. Ainsi, en ce qui concerne les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, le financement de base moyen est passé de 292 000 $ en 2002-2003 à près de 349 000 $ en 2003-2004 alors que, pour les centres de femmes, le financement est passé de 80 000 à 97 000 $.

Relativement aux services à l'intention des enfants exposés à la violence conjugale, les données collectées auprès des organismes, bien qu'elles soient incomplètes, révèlent que 4 041 enfants ont pu en bénéficier.

Les services préhospitaliers d'urgence

OBJECTIF **Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions.**

Indicateur	Cible	Résultat
Entrée en vigueur des contrats de service	Terminer la préparation de l'entente type sur les services ambulanciers	L'entente est prête à 95 %

Commentaires

En décembre 2002, l'Assemblée nationale sanctionnait la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, laquelle confie au Ministère la responsabilité de déterminer, en collaboration avec les régies régionales d'alors et les associations des entreprises ambulancières, le contenu minimal du contrat de service applicable à tous les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers. Cette entente type doit notamment prévoir les responsabilités et les obligations des parties, les mécanismes de reddition de comptes et les normes concernant la performance attendue des titulaires de permis.

Au cours de l'année 2003-2004, le Ministère a poursuivi ses travaux relativement à l'élaboration de l'entente type sur les services ambulanciers. Des étapes importantes ont été franchies. D'une part, en ce qui concerne les paramètres financiers, le Ministère en est venu à une entente avec les 3 associations représentant la presque totalité des 122 entreprises ambulancières du Québec. D'autre part, pour ce qui est des paramètres normatifs, les discussions se déroulent normalement. Au 31 mars 2004, le Ministère évalue qu'environ 90 % des sujets avaient fait l'objet de discussion et d'entente avec les 3 associations. Ainsi, globalement, l'entente type est prête à 95 %.

Bien qu'il soit difficile de prévoir le moment précis où les associations et le Ministère seront prêts à finaliser l'entente type, le Ministère poursuit les discussions afin de parapher cette entente dans les plus brefs délais et d'ainsi favoriser l'uniformisation des services ambulanciers offerts.

Indicateur	Cible	Résultat
Entrée en vigueur d'un protocole d'entente sur les services de premiers répondants	Terminer l'entente définissant les responsabilités et les modes de financement des services de premiers répondants, en collaboration avec les associations municipales	L'entente est prête à 80 %

Commentaires

Un service de premiers répondants se définit comme une ressource apte à intervenir auprès des personnes en détresse selon des ententes préétablies avec l'agence qui est responsable du respect des procédures, des protocoles préhospitaliers et de l'encadrement médical clinique. Ce service se situe dans le prolongement des actions du premier intervenant qui assiste fortuitement la personne en détresse jusqu'à ce que les techniciens-ambulanciers la prennent en charge et la conduisent au centre hospitalier receveur. L'existence d'un tel service permet d'assurer à l'usager, un accès plus rapide aux services préhospitaliers d'urgence, particulièrement lors de situations d'urgence vitale alors que la rapidité de l'intervention et la qualité des gestes posés par les premiers répondants permettent de sauver des vies ou de prévenir la détérioration de l'état de la personne en détresse.

Depuis 2001, afin de bien définir les responsabilités et les modes de financement des services de premiers répondants, le Ministère a participé aux travaux liés à l'élaboration d'un protocole d'entente. En 2003-2004, les discussions ont achoppé sur le partage des coûts. Le Ministère espère reprendre les discussions avec les autres organismes liés à ce dossier, soit l'Union des municipalités du Québec, la Fédération québécoise des municipalités, le ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir ainsi que le ministère de la Sécurité publique.

Précisons que, parallèlement à ces travaux, le Ministère a encadré les pompiers de la ville de Montréal dans la mise en œuvre d'un programme de premiers répondants.

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de centres de communication santé (CCS) consolidés	Avoir terminé de consolider 4 CCS	Consolidation de 3 CCS

Commentaires

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence établit le pouvoir du ministre de créer les CCS et de déterminer les conditions de leur fonctionnement. La législation précise du même coup que ceux-ci devront être des organismes à but non lucratif qui utiliseront des infrastructures publiques. Elle définit également la composition des conseils d'administration, dont la majorité des sièges revient aux entreprises ambulancières.

Au cours de l'exercice financier 2002-2003, le Centre de communication santé de Québec/Saguenay–Lac-Saint-Jean/Nord-Est-du-Québec et celui d'Urgences-santé avaient été consolidés. Cette année, il était prévu de terminer la consolidation du Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec/Estrie et celui de la Montérégie. Ce dernier est prêt à commencer ses activités ; par contre, la consolidation de celui de la Mauricie et du Centre-du-Québec/Estrie n'est pas finalisé parce que les réticences émises par les milieux locaux et le dépôt de propositions font ressortir la nécessité d'effectuer de nouvelles analyses.

La consolidation des CCS se poursuivra au cours du prochain exercice. Tributaire des sommes disponibles, le Ministère tentera d'implanter un ou deux nouveaux CCS au cours de la prochaine année.

OBJECTIF **Déterminer, dans chaque région, les priorités en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des régions où ont été déterminées des priorités en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence	100 % des régions au 31 mars 2004	12,5 %, soit 2 régions sur 16

Commentaires

L'article 7 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence prescrit aux agences d'établir les priorités en matière de services préhospitaliers d'urgence dans le cadre de l'élaboration de leur plan stratégique triennal d'organisation des services, en respectant les orientations, les priorités et les objectifs ministériels ainsi qu'en tenant compte de la situation géographique et de l'étendue de leur territoire de même que la densité de la population qui y réside comme de la disponibilité des technologies.

Au 31 mars 2004, seules les agences de l'Estrie et de Montréal ont transmis leurs priorités au Ministère. Ces résultats s'expliquent par le fait que les orientations nationales concernant les priorités en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence n'ont pas été fixées officiellement ; il était donc difficile pour les agences d'arrêter des priorités régionales. Toutefois, il est important de mentionner que les travaux se poursuivront en 2004-2005 et que le retard dans le dépôt des priorités régionales n'a pas d'effet direct sur les services offerts aux citoyens.

Les unités d'urgence

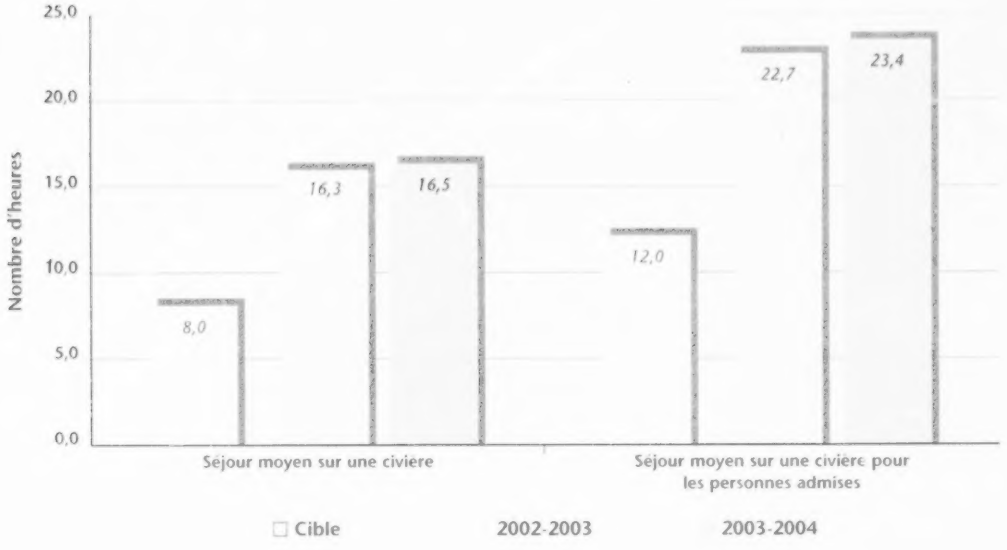
OBJECTIF **Réduire les problèmes d'encombrement dans les urgences.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Séjour moyen sur une civière à l'urgence	8 heures	16,5 heures
Séjour moyen sur une civière à l'urgence pour les personnes admises	12 heures	23,4 heures
Proportion des séjours de plus de 48 heures sur une civière à l'urgence	0 %	6,8 %
Nombre de plans d'action pour les unités d'urgence ciblées	7	7

Commentaires

Pour le Québec, les résultats obtenus au cours du dernier exercice restent en deçà de ceux qui étaient espérés. En effet, les résultats atteints au cours de la dernière année ont retrouvé une certaine stabilité, mais ils demeurent éloignés des normes établies, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Séjour moyen sur une civière et séjour moyen sur une civière pour les personnes admises



Les unités d'urgence

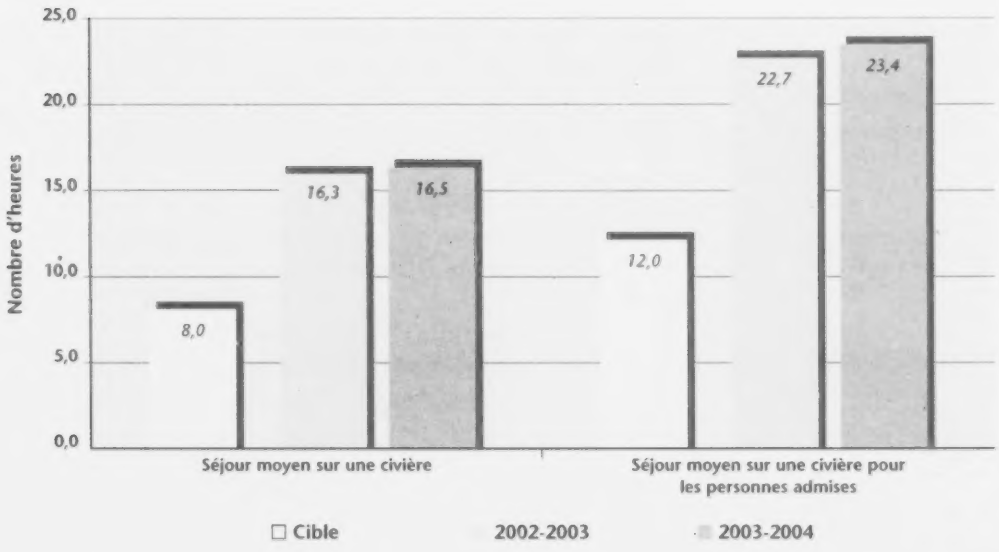
OBJECTIF Réduire les problèmes d'encombrement dans les urgences.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Séjour moyen sur une civière à l'urgence	8 heures	16,5 heures
Séjour moyen sur une civière à l'urgence pour les personnes admises	12 heures	23,4 heures
Proportion des séjours de plus de 48 heures sur une civière à l'urgence	0 %	6,8 %
Nombre de plans d'action pour les unités d'urgence ciblées	7	7

Commentaires

Pour le Québec, les résultats obtenus au cours du dernier exercice restent en deçà de ceux qui étaient espérés. En effet, les résultats atteints au cours de la dernière année ont retrouvé une certaine stabilité, mais ils demeurent éloignés des normes établies, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Séjour moyen sur une civière et séjour moyen sur une civière pour les personnes admises



L'analyse des facteurs liés à l'achalandage permet de constater l'augmentation de la gravité de l'état dans lequel les personnes se présentent aux unités d'urgence. Le tableau suivant montre une hausse du nombre de visites sur civière, du nombre d'usagers arrivés en ambulance, du nombre d'usagers sur civière ayant 75 ans ou plus ainsi que du nombre d'usagers hospitalisés après leur séjour à l'urgence.

Achalandage des unités d'urgence

	2002-2003	2003-2004	Écart en nombre	Écart en %
Nombre de visites sur civière	936 920	967 063	30 143	↗ 3,2
Nombre d'usagers arrivés en ambulance	374 713	382 664	7 951	↗ 2,1
Nombre d'usagers sur civière ayant 75 ans ou plus	196 932	209 238	12 306	↗ 6,2
Nombre d'usagers hospitalisés après leur séjour à l'urgence	330 649	341 167	10 518	↗ 3,2

Les activités menées par le CCNU pour tenter de contrer l'encombrement des unités d'urgence se divisent en deux grands volets, soit les ententes de gestion et les plans d'action intensifs pour les établissements ciblés par le Ministère.

À l'été 2003, le Ministère a convenu avec chaque agence des cibles précises à atteindre concernant les indicateurs relatifs aux unités d'urgence afin de tendre vers les normes établies à court ou à moyen terme. Un financement additionnel aux bases budgétaires totalisant 66 187 957 $ a permis aux hôpitaux ainsi qu'aux établissements en amont et en aval des unités d'urgence de mettre en place des actions visant l'amélioration de l'accessibilité aux unités d'urgence. Les résultats montrent que les régions moins urbanisées, telles que le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscasmingue, la Côte-Nord, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et la Chaudière-Appalaches, s'approchent ou atteignent les normes établies par le Ministère. Il s'avère cependant que les unités d'urgence des régions de la Capitale nationale, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie, de Montréal, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie affichent une légère tendance à la détérioration comparativement à l'année précédente. Par contre, on note une amélioration à la suite des actions intensives qui ont été entreprises en 2003-2004 à Montréal et en Montérégie.

Séjour sur une civière dans les unités d'urgence, par région

Région	Séjour moyen sur une civière (h)		Séjour moyen sur une civière pour les personnes admises (h)		Proportion de séjours ≥48 heures sur une civière (%)	
	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004
Bas-Saint-Laurent	11,1	11,8	13,4	14,6	3,3	3,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	8,8	9,1	9,4	10,1	0,8	0,7
Capitale nationale	12,6	12,8	17,6	18,3	2,4	2,6
Mauricie et Centre-du-Québec	12,4	13,7	15,1	17,4	2,0	3,4
Estrie	11,3	11,8	16,2	17,7	2,6	3,1
Montréal	21,5	20,5	34,0	31,8	11,6	10,7
Outaouais	15,5	14,6	24,5	25,1	7,0	6,7
Abitibi-Témiscamingue	12,8	10,5	17,1	12,6	4,7	1,7
Côte-Nord	11,2	11,2	15,7	15,7	2,8	3,3
Nord-du-Québec	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	9,8	11,0	8,9	10,3	0,5	1,3
Chaudière-Appalaches	11,5	11,5	12,3	12,4	0,7	0,6
Laval	16,2	17,3	20,1	21,4	2,2	2,4
Lanaudière	18,2	20,7	22,2	26,4	7,3	9,9
Laurentides	11,2	14,2	13,6	19,4	3,1	4,8
Montérégie	20,2	21,3	28,2	30,0	10,3	11,9
Nunavik	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
Terres-Cris-de-la-Baie-James	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

La hausse généralement observée des résultats de l'année 2003-2004 pour les activités liées aux unités d'urgence s'explique par les problématiques associées au fonctionnement des centres hospitaliers (organisation médicale, processus d'admission, pénurie de personnel infirmier, manque d'effectif médical, etc.) ainsi que par d'autres causes se rapportant à l'organisation des services en amont et en aval, notamment l'accessibilité aux services pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes ayant un problème de santé mentale. Enfin, des causes de nature sociodémographique ou environnementale, telles que le vieillissement de la population et l'augmentation de l'activité grippale observée à l'hiver 2004, expliquent également cette hausse.

Le suivi intensif des plans d'action

En septembre 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux a demandé au CCNU d'assurer le suivi intensif de cinq établissements urbains qui éprouvaient des difficultés majeures concernant l'encombrement de leur urgence. Ces établissements sont l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital Charles LeMoyne, le Centre hospitalier Pierre-Boucher et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (les trois pavillons). Chacun a

déposé, en novembre 2003, un plan d'action visant à améliorer la performance de son unité d'urgence. Les agences des régions où sont situés ces établissements ont également eu à mettre en œuvre un plan d'action touchant l'organisation des services en amont et en aval de chacune de ces unités. Les résultats montrent des progrès remarquables, lesquels seront rapportés en 2004-2005.

Parmi les mesures mises en place, celles qui ont été les plus profitables sont :

- l'entrée en fonction d'un coordonnateur médical à l'unité d'urgence ;
- l'entrée en fonction d'un coordonnateur au service de l'admission ;
- le travail en tandem du médecin-chef de l'unité d'urgence et de l'infirmière-chef ;
- le suivi intensif à domicile par les professionnels des CLSC ;
- l'implantation d'une culture de gestion des cas dès l'entrée à l'unité d'urgence quand il s'agit de personnes âgées en perte d'autonomie ;
- la révision des pratiques concernant le suivi relatif à la réadaptation après une hospitalisation ;
- les lits pour la convalescence de moyenne durée pour les personnes âgées ;
- l'organisation de services de gestion de crise dans la communauté pour les personnes ayant un problème de santé mentale ;
- le suivi systématique des populations cibles ;
- la présence d'infirmières de liaison et de travailleurs sociaux à l'unité d'urgence sept jours sur sept.

La comparaison des rapports quotidiens préparés par ces établissements entre le 11 décembre 2003 et le 31 mars 2004 à ceux des mêmes dates de l'année 2002-2003 montre une diminution de 55 % en moyenne des usagers séjournant 48 heures ou plus sur une civière à l'urgence et une diminution de 27 % du taux moyen d'occupation.

Étant donné les résultats favorables obtenus après la mise en place des mesures, la même démarche continue d'être proposée. Ainsi, depuis janvier 2004, seize autres établissements font l'objet d'un suivi après avoir établi leur plan d'action.

Les services hospitaliers spécialisés

OBJECTIF Maintenir et accroître la capacité d'intervention dans les services spécialisés et surspécialisés en fonction des délais fixés (pour les cas électifs et semi-électifs).

Indicateurs	Cibles	Résultats
Cataracte		
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente	16 342	18 013 *
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente au-delà du délai maximum	822	3 857 *
Nombre d'interventions chirurgicales	63 571	65 389 **
Genou		
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente	2 391	3 021 *
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente au-delà du délai maximum	1 021	1 928 *
Nombre d'interventions chirurgicales	5 224	5 261 **
Hanche		
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente	1 244	1 729 *
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente au-delà du délai maximum	313	957 *
Nombre d'interventions chirurgicales	4 878	4 666 **
Chirurgie d'un jour		
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente	60 182	65 748 *
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente au-delà du délai maximum	14 537	22 476 *
Nombre d'interventions chirurgicales	263 017	282 355 **
Chirurgie avec hospitalisation		
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente	25 625	23 586 *
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente au-delà du délai maximum	7 194	8 763 *
Nombre d'interventions chirurgicales	198 271	205 464 **

Indicateurs	Cibles	Résultats
Chirurgie cardiaque		
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente	449	557 *
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente au-delà du délai maximum	46	129 *
Nombre d'interventions chirurgicales	7 176	7 662 **
Hémodynamie et angioplastie		
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente	1 078	1 155 *
Nombre de patients inscrits sur les listes d'attente au-delà du délai maximum	102	263 *
Nombre d'interventions chirurgicales	23 130	26 518 **

* L'absence de systèmes d'information intégrés pour la gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés, visée par le présent objectif, ne permet pas au Ministère de connaître la situation réelle concernant les listes d'attente. Les résultats présentés sont établis à partir des données provenant des systèmes d'information de différents établissements qui offrent de tels services ; on retrouve ces données dans le site Internet du Ministère.

** Les données concernant le nombre d'interventions chirurgicales proviennent des agences. Ces données ne pourront être vérifiées par le Ministère avant l'automne 2004. Elles doivent donc être considérées comme étant des données préliminaires.

Commentaires

Des soins de grande qualité sont offerts partout au Québec. Il se fait annuellement plus de 500 000 chirurgies et traitements dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, il existe des différences, notamment sur le plan de la fréquence et du type d'intervention, et ce, selon le médecin traitant, l'établissement, les équipements disponibles et la région.

Même si la grande majorité des personnes sont traitées à l'intérieur de délais raisonnables et que les soins urgents sont donnés en priorité, il subsiste des listes d'attente. La diminution du temps d'attente est une priorité pour le Ministère et c'est pour cette raison que des investissements importants sont consentis à cet effet. Ainsi, en 2003-2004, une somme de 47 millions de dollars a été allouée pour qu'un plus grand nombre d'interventions chirurgicales soient effectuées et que les listes d'attente en chirurgie s'en trouvent réduites. Les deux tableaux qui suivent présentent l'évolution des listes d'attente à la fin de l'exercice précédent et du présent exercice.

Nombre de patients inscrits sur une liste d'attente

Type de chirurgie	31 mars 2003	31 mars 2004	Écart en %
Chirurgie cardiaque	554	557	↗ 0,5
Hémodynamie et angioplastie	1 244	1 155	↘ 7,2
Cataracte	22 679	18 013	↘ 20,6
Genou	3 478	3 021	↘ 13,1
Hanche	1 957	1 729	↘ 11,7
Chirurgie d'un jour	64 117	65 748	↗ 2,5
Chirurgie avec hospitalisation	25 270	23 586	↘ 6,7

Nombre de patients inscrits sur une liste d'attente au-delà des délais maximums

Type de chirurgie	31 mars 2003	31 mars 2004	Écart en %
Chirurgie cardiaque	106	129	↗ 21,7
Hémodynamie et angioplastie	226	263	↗ 16,4
Cataracte	6 015	3 857	↘ 35,9
Genou	2 056	1 928	↘ 6,2
Hanche	1 002	957	↘ 4,5
Chirurgie d'un jour	21 208	22 476	↗ 6,0
Chirurgie avec hospitalisation	9 303	8 763	↘ 5,8

Les résultats obtenus sont concluants : au 31 mars 2004, le nombre de patients en attente a diminué pour tous les types de chirurgie, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Pris globalement, les résultats correspondent à une diminution de 4,6 % comparativement au 31 mars 2003. La situation est aussi encourageante du côté du nombre de patients inscrits sur une liste d'attente au-delà des délais maximums. En effet, à la fin du présent exercice, une diminution a été constatée pour tous les types de chirurgie, sauf pour la chirurgie cardiaque, l'hémodynamie et l'angioplastie ainsi que pour la chirurgie d'un jour, la diminution globale étant de 3,9 %.

Il s'avère extrêmement difficile de réduire les listes d'attente en raison de plusieurs facteurs, parmi lesquels on retrouve le vieillissement de la population. Toutefois, le Ministère entend poursuivre ses efforts jusqu'à ce que les listes d'attente soient en conformité avec les délais maximums à respecter pour offrir à la population du Québec les services dont elle a besoin.

Par ailleurs, soulignons que le site Internet du Ministère permet maintenant de connaître la situation des listes d'attente pour une chirurgie, selon le type d'intervention et selon le centre hospitalier. Il est donc possible pour quelqu'un qui attend une intervention chirurgicale de connaître le nombre de personnes en attente par spécialité chirurgicale ainsi que le temps d'attente moyen à l'hôpital où sa chirurgie est prévue. Bien que l'information donnée soit encore perfectible, il s'agit d'un avancement concret vers une gestion plus transparente et de l'expression du souci d'améliorer les services à la population.

Indicateur	Cible	Résultat
Radio-oncologie		
Nombre de patients sur une liste d'attente au-delà du délai maximum de 8 semaines	0	178

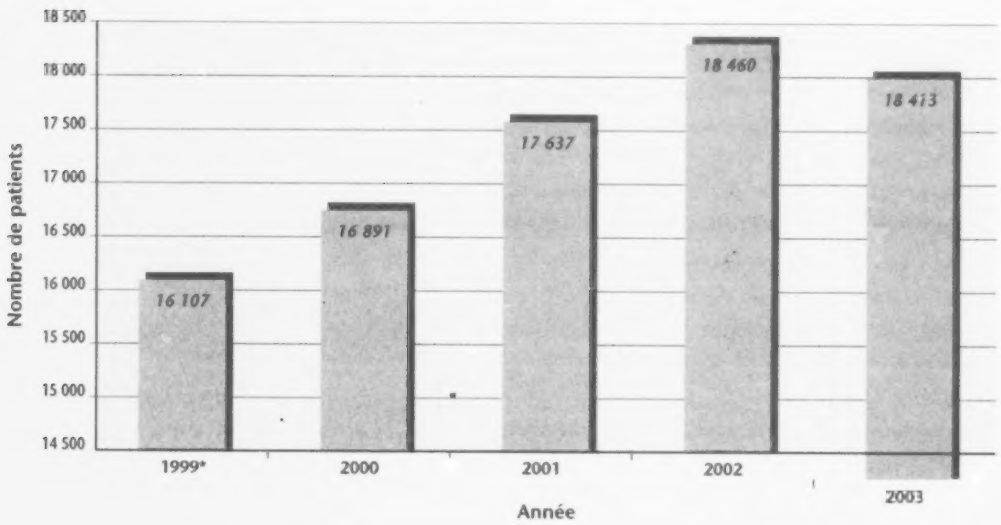
Commentaires

Le Québec compte dix centres de radio-oncologie répartis dans sept régions. Ces centres sont :

Bas-Saint-Laurent :	le Centre hospitalier régional de Rimouski
Saguenay–Lac-Saint-Jean :	le Complexe hospitalier de la Sagamie
Capitale nationale :	le Centre hospitalier universitaire de Québec
Mauricie et Centre-du-Québec :	le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Estrie :	le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Montréal :	l'Hôpital général juif, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre universitaire de santé McGill
Outaouais :	le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais

On estime que près de 18 500 patients ont été traités dans ces centres de janvier à décembre 2003.

Nombre de patients traités



* Le chiffre de 16 107 n'inclut pas les 1 610 patients traités aux États-Unis du 1er janvier 1999 au 31 janvier 2002.

Indicateur	Cible	Résultat
Radio-oncologie		
Nombre de patients sur une liste d'attente au-delà du délai maximum de 8 semaines	0	178

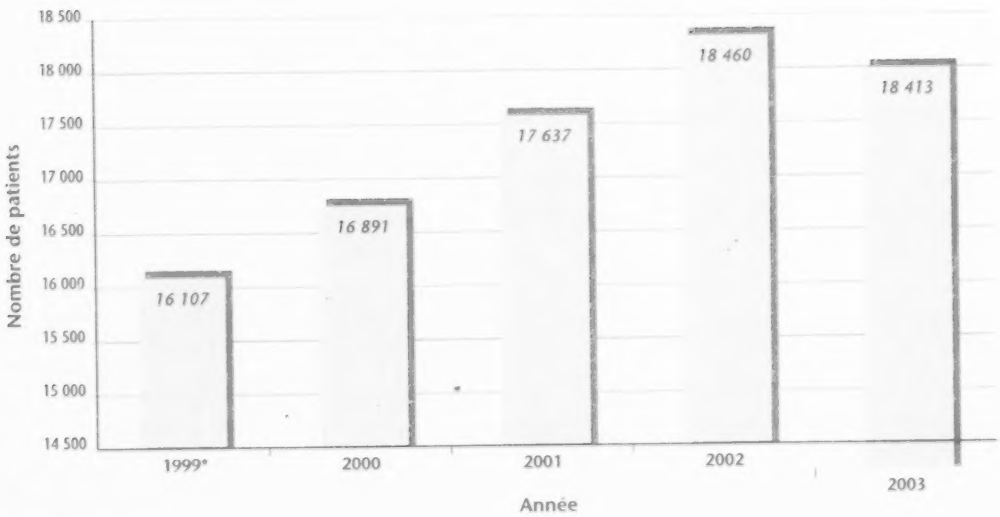
Commentaires

Le Québec compte dix centres de radio-oncologie répartis dans sept régions. Ces centres sont :

Bas-Saint-Laurent :	le Centre hospitalier régional de Rimouski
Saguenay–Lac-Saint-Jean :	le Complexe hospitalier de la Sagamie
Capitale nationale :	le Centre hospitalier universitaire de Québec
Mauricie et Centre-du-Québec :	le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Estrie :	le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Montréal :	l'Hôpital général juif, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre universitaire de santé McGill
Outaouais :	le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais

On estime que près de 18 500 patients ont été traités dans ces centres de janvier à décembre 2003.

Nombre de patients traités



* Le chiffre de 16 107 n'inclut pas les 1 610 patients traités aux États-Unis du 1er janvier 1999 au 31 janvier 2002.

L'année 2003-2004 a été marquée par la mise en place de règles visant à soutenir les équipes de radio-oncologie ainsi que par la fin de la mesure spéciale relative à l'augmentation des heures de service en radio-oncologie le 31 décembre 2003. Cette mesure avait été instaurée dans les centres de radio-oncologie au cours de l'année 2000 afin de pouvoir traiter les patients au Québec, d'en traiter un plus grand nombre et d'assurer la rétention du personnel technologue.

Dès septembre 2003, le Ministère a entrepris des travaux afin d'assurer le maintien du niveau de services requis en 2004 et pour les années subséquentes. De concert avec l'ensemble des centres de radio-oncologie, un plan d'action, en six volets, a été élaboré et mis en œuvre en février 2004. Ce plan comprend des mesures à court, à moyen et à long termes. Il inclut un volet portant sur la mise en place de corridors de services entre ces centres. À cet égard, le Centre hospitalier universitaire de Québec et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ont été désignés établissements hôtes pour recevoir les patients des centres hospitaliers qui ont de la difficulté à maintenir leur liste d'attente à un niveau convenable. Depuis la mise en application du plan, on constate une amélioration importante dans la réduction des listes d'attente de la quasi-totalité des centres de radio-oncologie, comme le montre le tableau qui suit :

Nombre de patients inscrits sur une liste d'attente

Temps d'attente	31 mars 2003	31 mars 2004
De 1 à 4 semaines	555	588
De 5 à 8 semaines	222	120
De 9 à 12 semaines	108	71
Plus de 12 semaines	125	107
Total	**1 010**	**886**

Au 31 mars 2004, le nombre de patients en attente depuis plus de 8 semaines, tous centres confondus, était de 178 comparativement à 233 l'année précédente. Bien que l'on n'ait atteint la cible d'aucun patient qui attend un traitement depuis plus de 8 semaines, les résultats sont satisfaisants et on espère y arriver dans les délais les plus courts. Soulignons toutefois que quelques centres hospitaliers ont déjà atteint la cible visée ; il s'agit du Complexe hospitalier de la Sagamie, du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais.

OBJECTIF Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers.

Sous-objectif

Élaborer et diffuser un cadre de référence sur la hiérarchisation des services en fonction de la nouvelle gouverne (réseau local de services et instance locale).

Indicateur	Cible	Résultat
Dépôt d'un cadre de référence	31 mars 2004	Dépôt reporté à mai 2004

Commentaires

La hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers repose sur la continuité des soins, un principe fondamental de l'organisation des services. Elle suppose que les services sont offerts en fonction de l'expertise des professionnels de la santé et de la complexité des milieux où ces services sont donnés, exigeant ainsi une clarification des rôles et des responsabilités des médecins généralistes et des médecins spécialistes qui travaillent en première, en deuxième et en troisième lignes. Pour que la continuité des soins puisse être assurée, la hiérarchisation des services implique également que soient établis des corridors de services, la catégorisation des centres hospitaliers locaux et régionaux ainsi que les liens nécessaires avec les établissements qui offrent des services de troisième ligne ou surspécialisés, lesquels établissements sont généralement appelés centres hospitaliers universitaires ou instituts universitaires.

En 2003-2004, les travaux entourant la mise en place des GMF et la détermination du panier de services dans les CLSC ont permis de préciser l'ensemble des services à offrir en première ligne. En ce qui concerne les services spécialisés de deuxième et de troisième lignes, la détermination de ceux-ci, complexes et ponctuels, ainsi que leur accessibilité restent encore à définir dans une perspective d'organisation locale et régionale.

Plus précisément, les travaux entourant la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers se sont traduits par le dépôt des documents suivants :

- de fiches techniques qui présentent chacune des spécialités médicales visées par l'organisation des services ;
- un modèle proposé en réponse à l'organisation de la gestion médicale hospitalière ;
- une définition des centres hospitaliers locaux et des centres hospitaliers régionaux ;
- une compilation des données régionales sur les corridors de services établis entre les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires.

Le Ministère déposera en mai 2004 un cadre de référence qui présentera les corridors de services, intrarégionaux et interrégionaux, entre les établissements ainsi que la nature des ententes intervenues entre ceux-ci (cartes géographiques illustrant les corridors de services, données statistiques, etc.). Ce document servira de base à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers.

OBJECTIF **Clarifier la vision de l'organisation du réseau hospitalier universitaire.**

Indicateur	Cible	Résultat
Dépôt des modifications législatives	Constitution de RUIS	Constitution de 4 RUIS

Commentaires

Les modifications législatives, initialement prévues en 2002-2003, ne seront pas apportées, le Ministère ayant revu sa façon de travailler avec les établissements universitaires de santé. En effet, le Ministère considère qu'il est essentiel de renforcer les liens qui unissent ces établissements aux universités ayant une faculté de médecine afin d'assurer une meilleure cohérence et une meilleure convergence des modes d'intervention en santé ainsi que des décisions relativement aux diverses responsabilités des établissements universitaires de santé en matière de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies.

Ainsi, la vision de l'organisation des services de santé que poursuit le Ministère consiste essentiellement à garder les soins de première et de deuxième lignes à proximité des populations et à concentrer l'enseignement dans des RUIS. Quatre réseaux s'affairent à réaliser cette mission, soit les RUIS des universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke.

Jusqu'à présent, le Ministère a déterminé le territoire géographique d'influence de chaque RUIS, basé sur le mouvement naturel et historique des populations. Le découpage des territoires impose des responsabilités importantes aux RUIS, notamment en matière de couverture de soins médicaux dans toutes les régions que le RUIS parraine, même les plus éloignées. À cette fin, le Ministère a établi, de concert avec les agences, l'ensemble des responsabilités dévolues aux RUIS et il a énoncé sa position sur les plans de la pratique.

Pour chaque RUIS, les deux étapes suivantes ont été franchies :

- la définition de l'ensemble des services surspécialisés à offrir ;
- la délimitation des territoires à couvrir.

De plus, pour le RUIS de l'Université Laval, un groupe de travail sur la pneumologie a été constitué et des travaux sur la complémentarité des services entre les universités de Montréal et McGill ont été réalisés.

Peu de temps après leur implantation, le Ministère constate déjà que les RUIS favorisent l'efficience et la cohérence des services de médecine universitaire offerts. De plus, ils facilitent l'accès des patients de tout le Québec à la médecine tertiaire tout en apportant un soutien aux régions pour les soins de première et de deuxième lignes.

La lutte contre le cancer

OBJECTIF **Préparer dans chacune des régions, un plan régional d'intervention et de services intégrés de lutte contre le cancer.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des plans régionaux ayant été déposés au Centre québécois de coordination de la lutte contre le cancer	100 % au 31 mars 2004	55 %, soit 10 plans régionaux sur 18

Commentaires

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) constitue le fondement de l'approche québécoise en matière de lutte contre le cancer. Le programme s'articule autour d'un continuum d'interventions centré sur la population et la personne atteinte, allant de la prévention aux soins de fin de vie en passant par le dépistage, l'investigation, le traitement et le soutien. Sur le plan structurel, le PQLC s'appuie sur la constitution d'équipes locales, régionales et suprarégionales aptes à fournir des services globaux de qualité et répondant aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches, au sein même de leur communauté dans la mesure du possible. Le PQLC recommande aussi d'instaurer des programmes régionaux et de mettre en place des structures participatives, les comités régionaux de lutte contre le cancer, dont le mandat est de conseiller les organisations régionales sur la mise en œuvre du PQLC. Les plans d'action régionaux de lutte contre le cancer s'inscrivent dans cette recommandation.

Pour favoriser l'implantation du PQLC, le Centre québécois de coordination de la lutte contre le cancer a fait de la mobilisation des intervenants de chacune des régions une de ses priorités. La première étape, franchie au cours de l'exercice 2002-2003, a permis de mieux connaître les besoins, les ressources et les activités existant dans les dix-huit régions sociosanitaires du Québec. Ainsi, de mars à septembre 2002, un document faisant état de la situation de la lutte contre le cancer dans toutes les régions, à l'exception de celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James, a été déposé au Ministère. C'est sur cette base d'information que le document intitulé *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan* a été produit.

La deuxième étape, qui a commencé au cours de l'année 2003-2004, consistait en la rédaction, dans chaque région, d'un plan d'action régional de lutte contre le cancer, plan qui devait être déposé au Ministère pour le 31 mars 2004. L'Abitibi-Témiscamingue est la seule région où le plan, adopté par le conseil d'administration de l'agence, a été transmis au Ministère. Cependant, neuf agences ont déposé des versions préliminaires de plan d'action au 31 mars 2004, versions qui seront adoptées par leurs conseils d'administration respectifs entre le mois d'avril et la fin du mois de juin 2004 ; ce sont les agences des régions du Bas-Saint-Laurent, de la Capitale nationale, de l'Estrie, de Montréal, de la Côte-Nord, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Chaudière-Appalaches, de

Laval et de Lanaudière. Les agences des régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Outaouais, des Laurentides, de la Montérégie ainsi que le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James feront parvenir leur version préliminaire après le 31 mars 2004, ces versions devant également être adoptées par leurs autorités respectives, d'ici la fin du mois de juin 2004.

Pour les prochaines années, le Ministère entend faire un suivi des plans d'action régionaux de lutte contre le cancer. Ainsi, les organisations régionales devront préciser les actions qui ont été réalisées en conformité avec leur plan régional.

La qualité des services

OBJECTIF **Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé.**

Indicateur	Cible	Résultat
Diffusion des résultats de l'étude avec un volet complémentaire québécois	Réalisation de l'étude et diffusion des résultats pour le 31 mars 2004	Diffusion des résultats prévue pour juin 2004

Commentaires

À la suite de divers événements, le Ministère annonçait, en avril 2000, la mise en place du Comité ministériel sur les accidents médicaux évitables. Le mandat de ce comité était de procéder à un examen du phénomène des accidents évitables dans le milieu de la santé au Québec, de faire état de la situation à cet égard, d'évaluer l'efficacité des procédures existantes en matière de gestion des risques et de proposer des mécanismes favorisant une meilleure prévention des accidents. Le comité a terminé ses travaux et a rendu public, le 1er mars 2001, son rapport intitulé *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé – La gestion des risques, une priorité pour le réseau*.

La première proposition de ce rapport recommandait qu'une recherche soit effectuée dans les meilleurs délais afin de connaître le taux d'incidence des effets indésirables et des accidents évitables, leurs causes probables, la nature et la gravité des préjudices qu'ils entraînent ainsi que les coûts de leur réparation. Le Ministère a suivi cette recommandation en effectuant une étude complémentaire au projet pancanadien portant sur l'incidence des événements indésirables dans les hôpitaux. De plus, étant donné l'importance de cette étude, le Ministère a choisi d'augmenter l'échantillon prévu. Ainsi, aux quatre centres hospitaliers ayant participé à l'étude pancanadienne s'ajoutent seize centres hospitaliers du Québec.

Ce projet de recherche a pris fin en 2003-2004 et les responsables de l'étude présenteront les résultats au mois de juin.

OBJECTIF **Assurer le suivi de la mise en œuvre du projet de loi n° 113 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Proportion des établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité	100 % au 31 mars 2004	64,2 %*
Proportion des établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	100 % au 31 mars 2004	35,1 %*
Proportion des établissements qui déclarent les incidents et les accidents	100 % au 31 mars 2004	Incidents : 59,7 %* Accidents : 70,9 %*
Proportion des établissements ayant mis en place un registre local des incidents et des accidents	100 % au 31 mars 2004	65,7 %*

* Les résultats sont partiels. Ils proviennent de la grille de suivi des 268 établissements l'ayant remplie. Le Ministère poursuivra sa collecte d'information afin d'obtenir un tableau complet de la situation.

Commentaires

L'adoption en décembre 2002 du projet de loi n° 113 concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux découlait de la deuxième proposition du rapport intitulé *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé – La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Son application vise à ce qu'un leadership soit exercé par tous les paliers du système de santé et de services sociaux en ce qui a trait à la sécurité des soins pour le patient, à la gestion des risques et de la qualité ainsi qu'à la réduction et à la prévention des accidents évitables dans la prestation des soins.

C'est ainsi qu'il est maintenant prévu qu'un usager a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être. Il est également prévu qu'une personne, exerçant des fonctions dans un établissement, a l'obligation de déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Par ailleurs, tout établissement a l'obligation de mettre en place un comité de gestion des risques et de la qualité, lequel aura pour fonction de rechercher, de concevoir et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services. De plus, le conseil d'administration d'un établissement doit préciser les règles relatives à la divulgation à un usager de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident, les mesures de soutien mises à la disposition de l'usager ainsi que les mesures visant à prévenir la répétition d'un tel accident.

Le Ministère a mis en place un suivi de l'application du projet de loi n° 113 qui se fait principalement à l'aide du formulaire : Grille de suivi, mise en application du projet de loi n° 113 concernant la prestation sécuritaire de services. Le Ministère poursuivra son suivi en signifiant des attentes à ce sujet aux agences afin de s'assurer que ce projet de loi sera appliqué.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 3

Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et de méthodes de budgétisation appropriées.

La gestion des ressources humaines

OBJECTIF Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant, et améliorer la répartition de l'effectif médical.

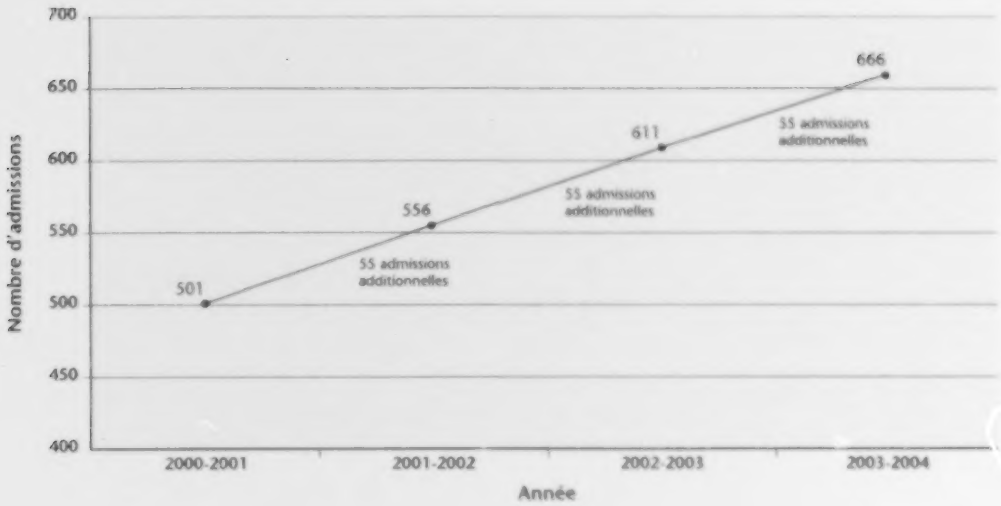
Indicateur	Cible	Résultat
Évolution de l'effectif médical au Québec	Augmentation de 55 places pour atteindre 666 inscriptions	Augmentation de 55 places

Commentaires

Chaque année, le gouvernement, sur la base des orientations proposées dans un mémoire préparé conjointement par le ministère de l'Éducation et par celui de la Santé et des Services sociaux, adopte la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine qui détermine le nombre de candidats que les facultés de médecine peuvent admettre en première année.

La politique triennale prévoyait 666 admissions dans le contingent régulier en 2003-2004 et cette cible a été atteinte. Cette troisième augmentation consécutive de 55 places du contingent régulier a fait passer le nombre d'admissions de 501 en 2000-2001 à 666 en 2003-2004, la proportion de la hausse s'établissant à 33 %.

Admissions en médecine (contingent régulier)



Actuellement, le mémoire préparé par les deux ministères pour le prochain exercice est soumis au Conseil des ministres pour approbation. Le document prévoit une augmentation de 50 places du contingent régulier en 2004-2005.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Médecins spécialistes Évolution de l'écart entre les postes prévus dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et le nombre de médecins en place	Approbation des PREM par le conseil d'administration des agences	PREM approuvés
Médecins omnipraticiens Évolution de l'écart entre les postes prévus dans les PREM et le nombre de médecins en place	Approbation des PREM par le conseil d'administration des agences	PREM approuvés

Commentaires

Les différentes régions du Québec ne bénéficiant pas toutes du même degré d'accessibilité aux soins de santé, le PREM vise à assurer une plus grande équité de l'accès aux services médicaux.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux pour les médecins spécialistes

En ce qui concerne les spécialités médicales, les PREM couvrent la période s'échelonnant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2004 ; ils sont essentiellement constitués de l'ensemble des plans par établissement, et ce, pour chacune des spécialités. Il a été possible d'en arriver à ces plans grâce aux commentaires recueillis pendant une vaste consultation menée auprès des organismes suivants : la Fédération des médecins spécialistes du Québec, les différentes associations de spécialistes, la Fédération des médecins résidents du Québec ainsi que les agences.

Ces plans fixent des cibles réalistes au regard d'objectifs de croissance garants de résultats concrets, dès 2004, dans les régions éloignées et intermédiaires, particulièrement en ce qui a trait aux spécialités locales, et ils visent à favoriser le recrutement de spécialistes dans les établissements connaissant une pénurie chronique de ces médecins. Afin d'atteindre ces objectifs, des règles de gestion qui régissent tous les médecins accompagnent le PREM. Celles-ci concernent, entre autres, les médecins qui veulent s'installer en région urbaine après avoir pratiqué dans une région éloignée ou intermédiaire, les demandes de dérogation, l'approbation des demandes de formation complémentaire ainsi que le recrutement des médecins sélectionnés à l'étranger par les milieux universitaires.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux pour les médecins omnipraticiens

En ce qui concerne la médecine générale, les PREM fixent, pour chacune des régions du Québec, les cibles relatives à l'ajout brut autorisé de médecins omnipraticiens pour la période s'échelonnant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2004.

Ces PREM sont le fruit de consultations semblables à celles qui ont été faites au cours de la préparation des plans pour les médecins spécialistes. Cette fois, ce sont les chefs des départements régionaux de médecine générale et les responsables de l'effectif médical de chacune des agences qui ont été rencontrés. Cette démarche s'est effectuée en collaboration avec les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) pour faire suite à la création du Comité de gestion des effectifs médicaux en omnipratique.

Les PREM en médecine générale prévoient de nouvelles règles de gestion qui vont régir l'installation de nouveaux médecins et le changement de région de ceux qui sont déjà en exercice. À cet effet, dans les régions universitaires (Capitale nationale, Estrie et Montréal) et dans les régions périphériques (Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie et Chaudière-Appalaches), des cibles distinctes sont prévues pour les nouveaux médecins qui commenceront à pratiquer en 2004 et pour ceux qui exercent déjà. Ce changement devrait assurer une répartition plus équitable des nouveaux médecins omnipraticiens tout en laissant un minimum de mobilité aux médecins déjà en exercice. Dans les autres régions du Québec, les cibles relatives à l'ajout brut s'appliquent à tous les médecins omnipraticiens reconnus, au sens prévu dans l'entente particulière, comme n'étant pas installés dans la région.

OBJECTIF **Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle des coûts.**

Sous-objectif

Modifier graduellement, à partir de 2001-2002, le mode de rémunération des médecins omnipraticiens pour favoriser l'intégration de la pratique médicale à l'ensemble des activités du réseau et l'implantation des GMF, et ce, à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire prévue pour les services médicaux.

Indicateurs	Cibles	Résultats
Signature d'une entente FMOQ-MSSS relativement à l'introduction, dans les GMF, d'un mode de rémunération basé, de façon significative, sur une capitation	Signature avant le 31 mars 2004	À poursuivre en 2004-2005
Nombre d'omnipraticiens rémunérés selon le nombre de patients pris en charge	Aucune cible précise	Plus de 750 omnipraticiens

Commentaires

Afin de favoriser l'intégration de la pratique médicale dans les GMF, le Ministère et la FMOQ ont convenu, en juin 2002, d'une entente qui s'applique dans la première phase d'implantation des GMF, devant durer au plus deux ans, le temps que chaque médecin inscrive ses patients. Cette entente prévoit le maintien des conditions fixant la rémunération du médecin, auxquelles on ajoute une rémunération au salaire horaire pour une partie des activités, un forfait pour chaque médecin responsable et un forfait au moment de l'inscription de chaque patient.

Les travaux relatifs à l'élaboration des modalités permanentes de rémunération, particulièrement en ce qui a trait à la détermination d'une capitation basée sur l'importance des besoins du patient, ont débuté en juin 2003. Le Ministère en est à l'étape de l'élaboration de sa proposition de négociation, laquelle devrait être déposée avant l'été 2004 à la FMOQ. Les discussions avec cette dernière ont commencé, mais les négociations intensives devraient avoir lieu à l'automne 2004. Des travaux techniques relatifs à l'utilisation d'un logiciel permettant d'évaluer l'importance des besoins des patients ont déjà été effectués. On vise à établir les conditions de rémunération sur une base permanente dans les GMF qui seront implantés au printemps 2005.

Actuellement, 76 GMF ont été accrédités par le Ministère et ont adhéré, ou le feront sous peu, à l'entente particulière relative aux modalités de rémunération s'appliquant pendant la phase transitoire. Ainsi, au 31 mars 2004, quelque 171 000 patients étaient inscrits auprès d'un des 750 omnipraticiens (pas nécessairement à temps complet) faisant partie d'un des 76 GMF. Ces chiffres peuvent difficilement être comparés à ceux du 1er mars de l'année 2003, car, à cette date, on comptait 25 GMF dont l'informatisation de ces groupes n'était pas encore complétée, ce qui ne permettait pas l'inscription des patients à la RAMQ.

Les modalités de rémunération qui s'appliqueront sur une base permanente seront obligatoires pour tout médecin qui exercera dans un GMF. Le rythme des adhérents à ces conditions de rémunération suivra celui des accréditations des GMF par le Ministère.

Sous-objectif

Poursuivre, à partir de 2001-2002, l'instauration d'un nouveau mode de rémunération des médecins spécialistes travaillant en milieu universitaire.

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de départements cliniques, dans les CHU, les CHAU et les instituts universitaires, où sont établis des plans de pratique	Travaux en continuité au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, au Centre universitaire de santé McGill et à l'Hôpital Sainte-Justine	Voir les commentaires

Commentaires

Pour remplir efficacement leurs missions relatives aux soins, à l'enseignement, à la recherche ainsi qu'à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, les centres hospitaliers, en particulier les établissements universitaires, doivent offrir aux médecins tant un système de rémunération compétitif qu'un plan de carrière. Le plan de pratique permet la pleine réalisation de la quadruple mission dans un contexte de travail protégé, où le travail se fait en équipe et en complémentarité.

Pionnier dans le domaine au Québec, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a adopté cette voie depuis plusieurs années, emboîtant ainsi le pas à plusieurs centres hospitaliers universitaires canadiens et américains. Le département de chirurgie de l'Hôpital Sainte-Justine a également effectué des travaux en ce sens et il s'affaire à préparer un plan de mise en œuvre.

Au cours du présent exercice, des travaux se sont poursuivis au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, au Centre universitaire de santé McGill ainsi que dans les autres départements de l'Hôpital Sainte-Justine afin d'instaurer ce nouveau mode de rémunération. Sous des formes variées et à des degrés d'avancement différents, on retrouve actuellement, dans ces trois centres, des départements ayant établi des plans de pratique.

Le Ministère entend soutenir les travaux visant la mise en oeuvre des plans de pratique dans les établissements hospitaliers universitaires, au cours des prochaines années.

OBJECTIF **Assurer la disponibilité d'une main-d œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires.**

Indicateur	Cible	Résultat
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Monitorage continu des besoins de main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation	Monitorage réalisé

Commentaires

Le Ministère évalue continuellement les besoins concernant la main-d'œuvre, de concert avec le ministère de l'Éducation. En 2003-2004, un suivi particulier a été accordé aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux orthophonistes, aux technologues en radio-oncologie, aux pharmaciens, aux technologistes médicaux, aux cytotechnologistes, aux technologues en radiodiagnostic, aux technologues en médecine nucléaire, aux inhalothérapeutes, aux techniciens en électrophysiologie médicale ainsi qu'aux perfusionnistes.

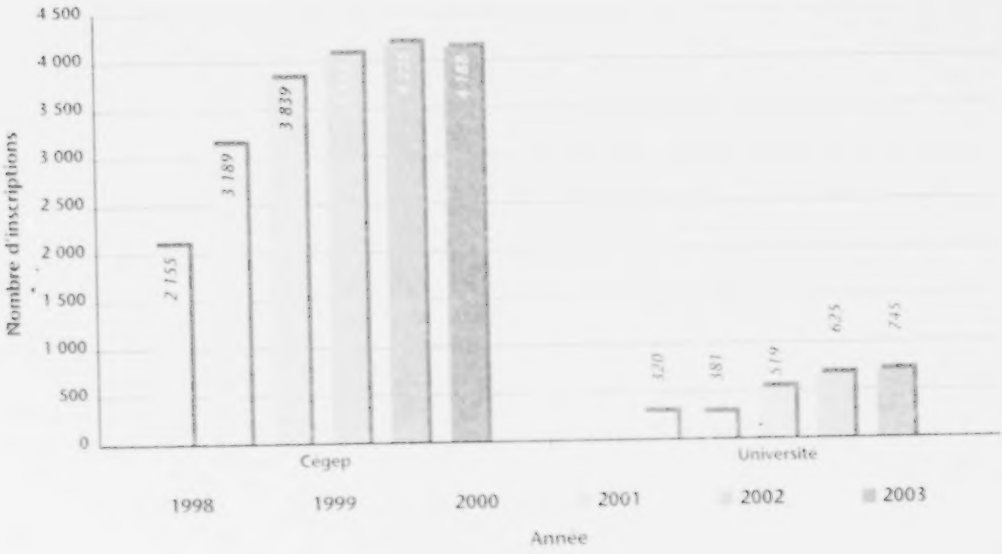
Cette surveillance soutenue du Ministère lui permet de mieux connaître les besoins de main-d'œuvre et ainsi, par différentes stratégies, de stabiliser le plus rapidement possible les pénuries constatées ou, mieux encore, d'éviter les pénuries prévues. Les travaux effectués dans le contexte de l'évaluation des besoins relatifs au personnel infirmier sont un bel exemple où le Ministère a réussi à stabiliser la pénurie prévue en 1999.

Ainsi, le Ministère prévoyait que la pénurie d'infirmières allait passer de 1 500 en 1999 à 4 500 en 2003. Avant que la hausse du nombre d'inscriptions dans les programmes de formation puisse produire ses effets, les quatre stratégies suivantes ont permis de stabiliser la pénurie, estimée actuellement à 1 457 personnes :

- l'augmentation de la proportion des postes à temps complet ;
- la délégation d'activités aux infirmières auxiliaires ;
- l'augmentation des heures supplémentaires ;
- l'épuisement du bassin des infirmières inactives.

Dès le départ, l'une des principales mesures a été de recommander d'accroître le plus possible le nombre d'inscriptions dans les programmes de formation.

Nombre d'inscriptions dans les programmes de formation



L'arrivée de nouveaux diplômés sur le marché du travail permettra de contrebalancer les départs à la retraite et autres départs pendant les prochaines années. Toutefois, le Ministère observe actuellement que, compte tenu du plafonnement des nouvelles inscriptions, du nombre de diplômés attendus et de l'augmentation anticipée des besoins liés à l'évolution démographique, ces personnes ne seront pas assez nombreuses pour satisfaire les nouveaux besoins. À moins que ne se poursuivent les changements déjà observés au cours des dernières années dans l'organisation du travail, notamment le recours accru au personnel auxiliaire et l'augmentation du nombre de postes à temps complet, la pénurie du personnel infirmier est appelée à croître au cours des prochaines années. Le Ministère entend poursuivre ses efforts pour contrer ce phénomène.

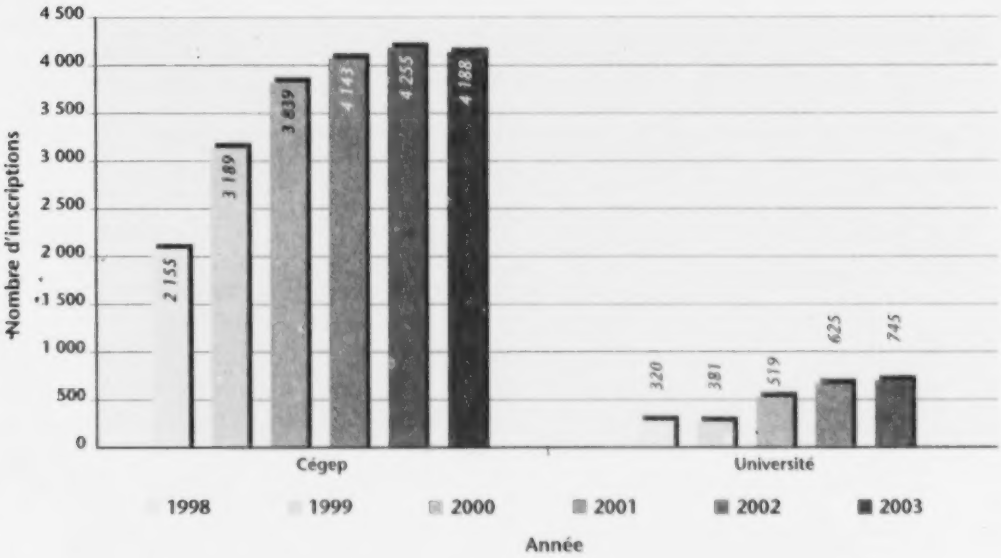
Élaborer un plan de main-d'œuvre régional incluant un plan de coordination des stages.

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des plans de main-d'œuvre régionaux, incluant un plan de coordination des stages, qui ont été déposés	100 % au 31 mars 2004	94 %, soit 15 plans sur 16

Commentaires

Globalement, les agences ont réalisé un portrait de la main-d'œuvre sur leur territoire respectif et un plan de coordination des stages. Les travaux se poursuivront en 2004-2005 afin d'actualiser les résultats obtenus.

Nombre d'inscriptions dans les programmes de formation



L'arrivée de nouveaux diplômés sur le marché du travail permettra de contrebalancer les départs à la retraite et autres départs pendant les prochaines années. Toutefois, le Ministère observe actuellement que, compte tenu du plafonnement des nouvelles inscriptions, du nombre de diplômés attendus et de l'augmentation anticipée des besoins liés à l'évolution démographique, ces personnes ne seront pas assez nombreuses pour satisfaire les nouveaux besoins. À moins que ne se poursuivent les changements déjà observés au cours des dernières années dans l'organisation du travail, notamment le recours accru au personnel auxiliaire et l'augmentation du nombre de postes à temps complet, la pénurie du personnel infirmier est appelée à croître au cours des prochaines années. Le Ministère entend poursuivre ses efforts pour contrer ce phénomène.

OBJECTIF **Élaborer un plan de main-d'œuvre régional incluant un plan de coordination des stages.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des plans de main-d'œuvre régionaux, incluant un plan de coordination des stages, qui ont été déposés	100 % au 31 mars 2004	94 %, soit 15 plans sur 16

Commentaires

Globalement, les agences ont réalisé un portrait de la main-d'œuvre sur leur territoire respectif et un plan de coordination des stages. Les travaux se poursuivront en 2004-2005 afin d'actualiser les résultats obtenus.

Le plan de main-d'œuvre régional est constitué d'un portrait de l'effectif présent sur le territoire, selon différents paramètres : le titre de l'emploi, l'âge, le sexe, l'établissement, etc. Il permet de poser un diagnostic sur les pénuries de main-d'œuvre actuelles ou anticipées et de mettre en place des mesures propres à s'assurer de la disponibilité des employés en nombre suffisant.

Pour sa part, le plan de coordination des stages permet à l'ensemble des acteurs d'un territoire (établissements, agences, commissions scolaires, cégeps, universités, etc.) de s'assurer du nombre approprié et de la qualité des stages de formation.

OBJECTIF **Améliorer, dans chaque région, la gestion de la présence au travail par la poursuite de la mise en œuvre du *Plan d'action triennal en gestion de la présence au travail* publié en décembre 2001.**

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées au total	5,57 %	5,58 %

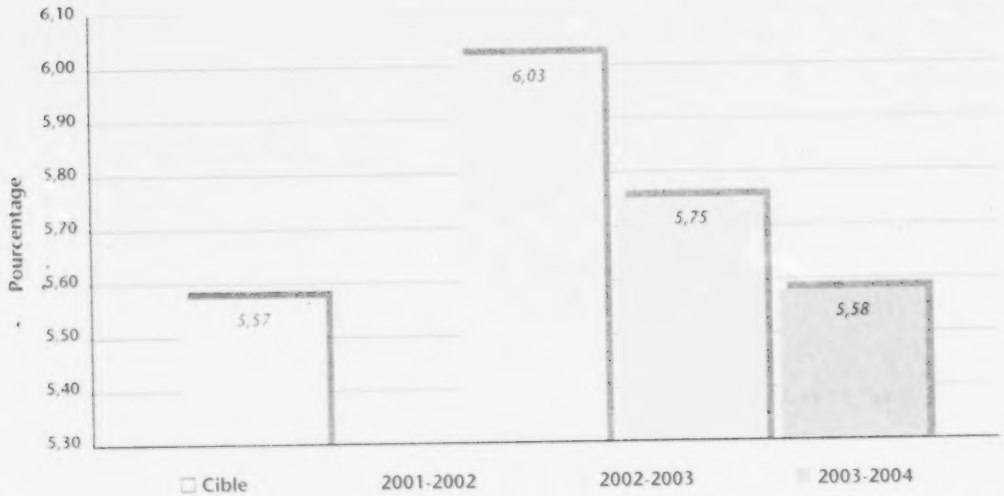
Commentaires

Pour l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, les sommes consacrées au versement des indemnités en assurance salaire ont atteint un sommet de 254 millions de dollars en 2001-2002. Par ailleurs, le nombre d'heures payées en assurance salaire est passé de 12 millions en 1998-1999 à 15,9 millions en 2001-2002, ce qui représente une hausse de 32,5 % sur une période de trois ans. Cette augmentation s'est avérée nettement supérieure à la hausse de 7,6 % du nombre d'heures travaillées observée au cours de la même période. Selon les intervenants du milieu, l'accroissement des absences liées à un problème de santé mentale serait la principale cause de cette situation qui ne serait pas exclusive au réseau de la santé et des services sociaux.

Considérant cette diminution de la disponibilité de la main-d'œuvre, et ce, dans un contexte de pénurie – particulièrement en ce qui concerne le personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) –, un plan d'action ministériel en gestion de la présence au travail a été mis en œuvre en décembre 2001. L'objectif de ce plan est de ramener sur une période de trois ans le ratio de l'assurance salaire au niveau observé en 1998-1999. Les plans d'action régionaux et locaux qui en découlent s'appliquent depuis l'exercice 2002-2003.

La cible établie pour l'année 2003-2004, soit de réduire à 5,57 % le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées, a été pratiquement atteinte puisque le résultat se situe à 5,58 %. Ce résultat représente une diminution de 3 % par comparaison avec le ratio de 5,75 % obtenu en 2002-2003.

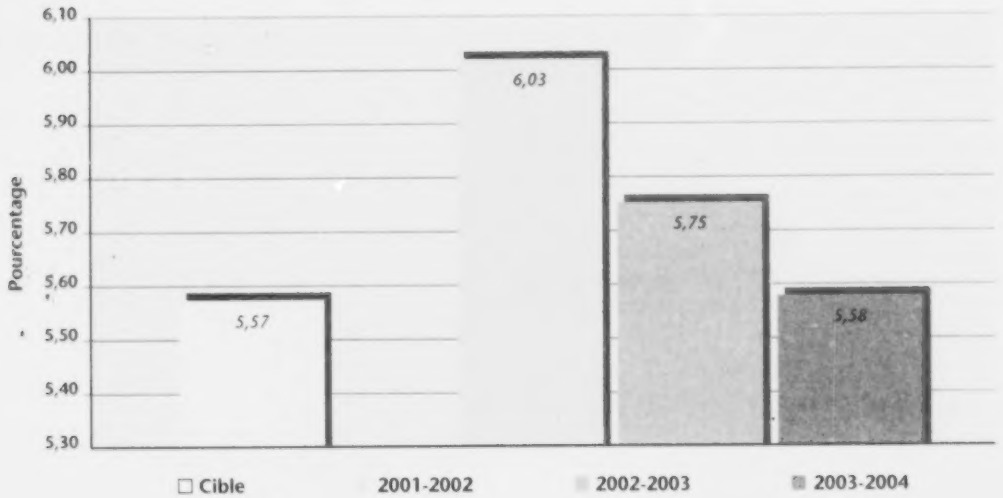
Ratio national de l'assurance salaire



La réduction de 3 % du ratio de l'assurance salaire équivaut à une augmentation de la main-d'œuvre disponible de l'ordre de 300 équivalents temps complet (ETC) et à une réduction des coûts de l'assurance salaire d'environ 7,6 millions de dollars comparativement à l'hypothèse du maintien du ratio observé en 2002-2003.

Sur le plan régional, le bilan est positif dans huit régions. Celles de la Chaudière-Appalaches et de Laval montrent les meilleurs résultats, avec des ratios respectifs de 7,4 et de 4,9 % inférieurs à leur cible. Cependant, la cible n'a pas été atteinte dans sept régions. C'est dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine que l'on observe le plus grand écart, avec un dépassement de 16,7 % ; celui-ci s'explique, en bonne partie, par la croissance de 10 % du ratio par rapport à l'année précédente. Le tableau ci-dessous présente les résultats détaillés par région.

Ratio national de l'assurance salaire



La réduction de 3 % du ratio de l'assurance salaire équivaut à une augmentation de la main-d'œuvre disponible de l'ordre de 300 équivalents temps complet (ETC) et à une réduction des coûts de l'assurance salaire d'environ 7,6 millions de dollars comparativement à l'hypothèse du maintien du ratio observé en 2002-2003.

Sur le plan régional, le bilan est positif dans huit régions. Celles de la Chaudière-Appalaches et de Laval montrent les meilleurs résultats, avec des ratios respectifs de 7,4 et de 4,9 % inférieurs à leur cible. Cependant, la cible n'a pas été atteinte dans sept régions. C'est dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine que l'on observe le plus grand écart, avec un dépassement de 16,7 % ; celui-ci s'explique, en bonne partie, par la croissance de 10 % du ratio par rapport à l'année précédente. Le tableau ci-dessous présente les résultats détaillés par région.

Ratio régional de l'assurance salaire

Région	Cible (%)	Résultat (%)	Écart (%)
Bas-Saint-Laurent	6,26	6,71	↗ 7,1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	5,84	5,97	↗ 2,2
Capitale nationale	5,53	5,39	↘ 2,6
Mauricie et Centre-du-Québec	5,74	5,64	↘ 1,6
Estrie	5,59	5,81	↗ 3,9
Montréal	5,33	5,28	↘ 0,9
Outaouais	5,57	5,54	↘ 0,6
Abitibi-Témiscamingue	6,10	6,16	↗ 1,0
Côte-Nord	6,54	6,43	↘ 1,8
Nord-du-Québec	n. a.	n. a.	n. a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	5,79	6,76	↗ 16,7
Chaudière-Appalaches	5,26	4,87	↘ 7,4
Laval	5,38	5,11	↘ 4,9
Lanaudière	5,90	6,41	↗ 8,7
Laurentides	5,94	6,45	↗ 8,7
Montérégie	5,72	5,60	↘ 2,2
Nunavik	n. a.	n. a.	n. a.
Terres-Cris-de-la-Baie-James	n. a.	n. a.	n. a.
Moyenne nationale	**5,57**	**5,58**	**↗ 0,1**

Globalement, l'atteinte de l'objectif fixé dans le plan d'action ministériel nécessitera une réduction additionnelle de 10 % du ratio de l'assurance salaire. En conséquence, une cible de 5,31 % devra être établie pour l'année 2004-2005, ce qui correspond à une diminution de 5 % du ratio. Pour ce faire, une action concertée de l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, soit le Ministère, les agences et les établissements, sera nécessaire.

Les techonologies de l'information

OBJECTIF **Définir les bases permettant de s'assurer que les systèmes d'information correspondent à une vision d'ensemble.**

Indicateur	Cible	Résultat
Dépôt de l'architecture de l'information et mise en place de mécanismes permettant d'assurer sa mise à jour permanente	Dépôt le 31 mars 2004	Dépôt reporté en 2004-2005

Commentaires

Afin de mieux encadrer l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, du point de vue informationnel, le Ministère commençait, à l'été 2002, les travaux nécessaires au dépôt du document sur l'architecture de l'information. Il devait d'abord établir les normes et les caractéristiques des systèmes d'information afin de s'assurer que tous les nouveaux projets informatiques sont conformes à l'architecture de l'information, de façon à favoriser le partage et l'échange de l'information.

Au cours de l'année 2003-2004, le Ministère a réalisé les travaux suivants :

- la préparation de la première version du modèle de référence ;
- la documentation du modèle de référence ;
- le découpage du modèle de référence en domaine d'affaires ;
- la conception d'une méthode qui permet de raccorder les applications existantes au modèle de référence ;
- une étude sur les normes et les caractéristiques des systèmes d'information.

D'autres travaux sont en cours et le Ministère prévoit les terminer d'ici au 31 décembre 2004. Ils portent sur :

- la proposition relative au dépôt minimal commun partagé, qui permettra de déterminer quelles données se retrouveront dans l'ensemble des systèmes du réseau sociosanitaire ;
- la création d'un modèle conceptuel corporatif de données ;
- l'établissement de normes concernant l'échange de données selon la norme HL7, une norme mondialement reconnue ;
- la préparation de la première version d'un dictionnaire de données.

Le Ministère poursuivra ses travaux dans ce dossier au cours de l'exercice 2004-2005. Plus précisément, il prévoit diffuser le document portant sur l'architecture de l'information établie pour le réseau de la santé et des services sociaux, incluant le modèle conceptuel corporatif de données et les normes relatives à l'architecture de l'information.

OBJECTIF **Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants.**

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre d'applications disponibles dans le portail	Au 31 mars 2004, offrir à la population un site Web d'information sur la santé, lequel constituerait un élément du portail sociosanitaire québécois	Décision reportée

Commentaires

Le portail sociosanitaire québécois se veut la porte d'entrée dans Internet pour la population ainsi que pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. En plus d'offrir un accès à de l'information intéressante et pertinente sur la santé, il favorisera la collaboration dans la prestation des soins et des services.

Au cours de l'exercice 2003-2004, le Ministère a procédé à trois évaluations du site. Ces travaux ont consisté en :

- la validation par les responsables d'Info-Santé CLSC ;
- l'évaluation de l'ergonomie ;
- l'évaluation, par un expert, de l'infrastructure technologique et de la valeur associée au contenu.

Toutefois, étant donné les crédits disponibles, le Ministère a choisi de reporter les décisions en ce qui a trait à la mise en œuvre des travaux en cours portant sur l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux et sur les orientations relatives au gouvernement en ligne qui verra à la mise en place de l'infrastructure du portail gouvernemental préalable à toute autre action.

OBJECTIF **Fournir à tous les groupes de médecine de famille, dans un délai de 30 jours suivant leur accréditation, les équipements informatiques nécessaires aux fonctions concernant l'inscription des patients auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec et l'accès à l'intranet du réseau de la santé et des services sociaux.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion de GMF accrédités dont l'informatisation a été effectuée dans le délai fixé de 30 jours	100 %	Voir les commentaires

Commentaires

La mise en place des nouveaux GMF nécessite que les cliniques privées aient accès aux données sociosanitaires des établissements, et ce, le plus rapidement possible après l'accréditation de ces groupes. Le Ministère, par l'intermédiaire des technocentres des agences, procède à l'informatisation des GMF.

L'objectif d'informatiser les GMF dans le mois qui suit leur accréditation s'est révélé irréaliste. En effet, le meilleur temps fut de 6 semaines. Quant au temps moyen pour l'informatisation des 59 GMF accrédités au cours de l'année financière 2003-2004, il a été de 3 à 4 mois. Ces retards s'expliquent, notamment, par la nécessité de planifier longtemps d'avance l'accès aux sites et aux cliniques médicales pour y installer le câblage réseau et procéder au déploiement des équipements informatiques ainsi que par la difficulté de prendre contact avec le médecin responsable. Des déploiements ont également été retardés par des travaux de rénovation effectués dans les locaux de certaines cliniques. En outre, à l'automne 2003, l'installation des liens de télécommunications a été suspendue, le temps de choisir une nouvelle technologie en remplacement d'Internet grand public qui ne répondait plus aux attentes relatives à la performance et à la sécurité des communications.

L'objectif d'informatiser les GMF dans le mois qui suit leur accréditation ne peut être atteint pour des circonstances indépendantes de la volonté du Ministère et de ses partenaires. Par conséquent, la cible, pour l'année 2004-2005, a été revue de façon à tenir compte de ce qui s'est passé au cours de l'année 2003-2004. Elle a donc été établie à trois mois.

OBJECTIF **Déployer progressivement les applications relatives à la télésanté en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés.**

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de sites opérationnels	Poursuite du déploiement et de la mise à niveau des sites de télésanté	Voir les commentaires

Commentaires

Le terme *télésanté* regroupe principalement les activités relatives à l'enseignement et à la formation cliniques, aux échanges d'expertise, aux consultations cliniques ainsi qu'aux diagnostics, toutes effectuées à distance à l'aide des technologies de la télécommunication. Pour le réseau québécois de la santé et des services sociaux, les avantages de développer la télésanté sont de permettre à des populations éloignées et isolées d'avoir accès à des services médicaux de base, spécialisés et surspécialisés, de rendre plus efficace le système de santé et de services sociaux partout au Québec et de faciliter la pratique des professionnels de la santé.

Le déploiement de la télésanté s'est poursuivi au cours de l'année 2003-2004, le Ministère ayant approuvé le financement des projets suivants :

- la téléconsultation et la téléformation sur vingt sites répartis dans tout le Québec. L'achat des appareils a commencé en 2003-2004 et se poursuivra en 2004-2005. Ce projet a été instauré par le Réseau québécois de télésanté ;
- la télénéphrologie (dialyse à distance) entre le Centre universitaire de santé McGill et les régions du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Le projet doit être déployé en 2004-2005 ;
- la téléréadaptation regroupant plus de vingt sites de readaptation. Ce projet n'est toutefois pas finalisé. En effet, certains sites ne possédant pas le branchement avec le Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) nécessaire à la visioconférence, des discussions sont toujours en cours relativement au financement de ce projet.

Par ailleurs, le Ministère a formé un comité sur le cadre législatif, juridique et éthique de la télésanté afin d'en faciliter la pratique quotidienne et de préciser la rémunération des médecins qui y ont recours. En août 2003, le comité a remis son rapport, lequel contient des orientations relativement à d'éventuels changements à apporter aux différentes lois concernées. Des propositions en ce qui concerne ces changements doivent être déposées à l'automne 2004.

En outre, avant de fixer des normes ainsi que des standards cliniques et technologiques en télésanté, le Ministère a entrepris des discussions avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) afin que cette dernière procède à une évaluation de la télésanté. Une entente à ce sujet devrait être conclue en 2004-2005.

Précisons enfin que le déploiement de la télésanté au Québec se fera désormais en collaboration avec les RUIS.

OBJECTIF **Poursuivre le déploiement du système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance.**

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de centres hospitaliers où le système a été déployé, en partie ou complètement	88	88

Commentaires

Le système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) vise à informatiser les activités transfusionnelles (activités cliniques et administratives) des banques de sang et des unités de soins des centres hospitaliers. Le SIIATH permet de suivre l'ensemble des activités transfusionnelles du donneur au receveur. Il permet également de produire les données pertinentes sur l'hémovigilance, c'est-à-dire les données relatives à la surveillance des receveurs, aux réactions transfusionnelles et à l'utilisation des produits sanguins.

Le SIIATH comprend plusieurs composantes matérielles et logicielles, regroupées en trois sous-systèmes qui sont le dossier transfusionnel, le sommaire transfusionnel et le registre du sang ; les deux premiers, installés dans les centres hospitaliers, permettent de consigner des données cliniques sur les usagers alors que le registre du sang contient des données populationnelles à l'échelle provinciale.

En ce qui concerne le dossier transfusionnel et le sommaire transfusionnel, l'ensemble des composantes matérielles était implanté dans les 88 centres hospitaliers au 31 mars 2004. L'implantation des composantes logicielles du dossier transfusionnel est commencée dans les 88 banques de sang des centres hospitaliers et terminée dans 81 d'entre elles ; l'implantation des composantes logicielles du sommaire transfusionnel est enclenchée partout, mais achevée dans 5 centres hospitaliers. Le Ministère prévoit finaliser ces travaux pour octobre 2004.

Parallèlement, une nouvelle version du dossier transfusionnel a été testée en projet pilote à l'automne 2003. Au 31 mars 2004, 8 centres hospitaliers utilisent cette nouvelle version. Les autres établissements en bénéficieront d'ici le mois d'avril 2005.

Quant au registre du sang, les besoins fonctionnels ont été définis pour le 31 mars 2004 et l'architecture technologique est en préparation. Les composantes matérielles et logicielles seront ensuite mises en place.

Le Ministère prévoit avoir terminé le déploiement complet du SIIATH au cours de l'exercice 2005-2006.

OBJECTIF **Poursuivre le déploiement du système de gestion de l'accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Application locale du système de gestion de l'accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés (SGAS) en cardiologie tertiaire :		
Nombre d'établissements où le déploiement est terminé	12 établissements et 15 sites	12 établissements et 15 sites
Application locale du SGAS en radio-oncologie :		
Nombre d'établissements où le déploiement est commencé	10 établissements	2 établissements

Commentaires

Pour le Ministère, l'accessibilité aux services médicaux et chirurgicaux a toujours été une préoccupation majeure. Toutefois, la gestion actuelle des listes d'attente n'est pas uniformisée, ce qui empêche le Ministère de connaître la situation réelle concernant l'accessibilité aux services. Afin de remédier à cette situation, le Ministère a décidé de doter le réseau de la santé et des services sociaux d'un système informatisé de gestion de l'accès aux services.

Le SGAS se veut avant tout un outil pour les différents professionnels de la santé qui ont à gérer quotidiennement l'accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés. Il permet une gestion des listes d'attente basée sur des délais médicalement acceptables et déterminés préalablement par les médecins spécialistes ; il permet également de fournir aux médecins, aux établissements, aux agences ainsi qu'au Ministère les outils automatisés nécessaires à cette gestion.

Au printemps 2000, le Ministère a décidé que le SGAS serait instauré en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie, dans une première phase, et qu'éventuellement, selon les résultats obtenus, ce système pourrait ensuite s'étendre aux autres spécialités où il existe des listes d'attente.

Le déploiement du SGAS en cardiologie tertiaire a commencé à l'hiver 2002 pour se terminer au cours de l'année 2003-2004. Même si l'application locale est implantée partout en cardiologie tertiaire, la saisie de toutes les données n'est toutefois pas achevée ; ce système n'est donc pas utilisé à son plein potentiel en raison de la non-confirmation du financement récurrent des pilotes locaux qui ont la charge de s'assurer que toutes les données sont saisies et de vérifier la qualité de ces dernières. Cette question a d'ailleurs été une cause du report continuel par les établissements de l'implantation de ce système.

Le déploiement du SGAS en radio-oncologie a également démarré à l'hiver 2002 et il se finalisera au cours de l'année 2004-2005. Des problèmes de financement sont à la base du retard dans son implantation.

OBJECTIF **Poursuivre le déploiement du système d'information de gestion des départements d'urgence.**

Indicateurs	Cibles	Résultats
Nombre d'établissements où le déploiement est terminé	Aucune cible précise	9
Nombre d'établissements où le déploiement est commencé	Aucune cible précise	Environ 10

Commentaires

Ayant souci d'améliorer la gestion des unités d'urgence, le Ministère se devait de prendre les moyens nécessaires pour mieux comprendre les différents éléments internes et externes qui ont une incidence sur celles-ci. Ainsi, il choisit d'encourager les établissements hospitaliers ayant une unité d'urgence à se doter d'un outil de gestion précis qui leur permettrait de disposer de données suffisantes pour être en mesure d'analyser les conséquences des actions posées et d'établir un diagnostic des problématiques vécues.

Le déploiement du système d'information des urgences Siurge commença en 1997. L'objectif initial était d'informatiser 71 unités d'urgence. Au 1er avril 2003, l'implantation était effectuée dans 24 de ces 71 unités, ce qui correspond à 34 % de l'objectif visé. En 2003-2004, le déploiement de ce système s'est poursuivi. Ainsi, l'implantation du Siurge dans 5 établissements a permis de faire passer de 24 à 29 le nombre des unités d'urgence informatisées. De plus, le Ministère, ayant terminé la rédaction du cadre normatif du système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU), a pu officiellement accréditer quatre logiciels, dont le Siurge, proposés par trois fournisseurs privés et un établissement public qui sont maintenant habilités à déployer des systèmes respectant ce cadre. Cette diversification du SIGDU a permis d'ajouter quatre nouvelles installations et de porter ainsi à 33 le nombre d'unités d'urgence dotées d'un tel outil.

L'année 2003-2004 fut également consacrée à revoir et à clarifier la politique relative au déploiement et à l'attribution des subventions rendant possible l'implantation du SIGDU. Plus précisément, des travaux d'analyse ont servi à déterminer une méthode de calcul qui permettra, en 2004-2005, de passer de 71 à 93 le nombre d'établissements visés, avec l'ajout de 22 centres hospitaliers de plus petites dimensions. Enfin, des travaux de planification, portant sur la création de la console provinciale des urgences et de la banque de données communes des urgences (BDCU), sont amorcés.

Ainsi, le projet actuel, qui est une suite logique des actions passées, consiste à accélérer et à terminer le déploiement du SIGDU. Sans un déploiement à grande échelle de ce système, l'image des urgences de la province restera incomplète. La mise en place de ce système permettra de recueillir les données agrégées en temps réel dans la console provinciale, ainsi que les données du cadre normatif saisies dans la BDCU, laquelle nous fournira toute l'information nécessaire au suivi précis de l'évolution de la situation dans les urgences.

L'exercice 2003-2004 a permis de relancer le projet sur de meilleures bases. Le contexte dans lequel s'inscrit maintenant ce dossier nous permet de penser que le déploiement se terminera en 2006-2007.

OBJECTIF **Terminer l'informatisation des laboratoires.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des laboratoires complètement informatisés	100 %	73 % au 31 décembre 2003

Commentaires

Les 113 laboratoires publics offrent des services de biologie médicale, soit la biochimie et l'hématologie. Certains d'entre eux donnent également des services de pathologie-cytologie et de microbiologie. L'organisation actuelle des services de laboratoire se veut centrée sur la personne en lui assurant la disponibilité et l'accessibilité à des services sécuritaires, pertinents et de qualité dans un contexte d'efficience. Dans cet esprit, le Ministère a dû prendre en compte l'évolution technologique et envisager la création du dossier électronique, laquelle passe par l'informatisation des laboratoires. Ainsi, le Ministère, les agences et les établissements abritant un laboratoire ont poursuivi l'informatisation interne desdits laboratoires. Au 31 décembre 2003, 73 % d'entre eux étaient informatisés. Trois mois plus tard, la proportion atteint environ 90 % dans au moins deux secteurs majeurs des laboratoires de biologie médicale ; la biochimie et l'hématologie. Dans les autres laboratoires, la phase de déploiement est en cours ou sur le point d'être engagée à la suite d'un appel d'offres. L'informatisation devrait être terminée en décembre 2005.

Quant à la partie externe de l'informatisation des laboratoires, qui se fait par l'installation du module de requêtes-résultats, elle est déjà commencée. Cette deuxième étape permettra d'abord aux laboratoires informatisés d'expédier électroniquement plutôt que manuellement les résultats des analyses aux médecins (dans les établissements, les locaux des GMF et les cliniques médicales) et, ensuite, de recevoir électroniquement les demandes d'analyse. Actuellement, on évalue à 33 % le nombre de résultats d'examens expédiés électroniquement et à environ 5 % les demandes d'analyse reçues. Ces proportions vont augmenter avec l'avancement des travaux dans les prochains mois.

OBJECTIF **Terminer le déploiement du Programme intégration jeunesse.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des établissements où le déploiement est terminé	100 %	100 %

Commentaires

Depuis quelques années déjà, les centres jeunesse du Québec, avec l'appui du Ministère, ont décidé de se doter d'un système d'information commun et performant. La mise en place de ce nouveau système avait pour but de faciliter, pour les employés travaillant dans les centres jeunesse, les tâches cliniques ou administratives et surtout de les aider à répondre plus efficacement aux besoins des jeunes et des familles auprès desquels ils interviennent.

Au 31 mars 2004, le déploiement du Programme intégration jeunesse (PIJ) est terminé. Précisons toutefois qu'il est plus imposant que prévu en raison des nombreux modules qui y sont intégrés. En effet, le système clientèle, une de ses principales composantes, regroupe seize modules intégrés qui gèrent toutes les données relatives aux usagers afin d'offrir aux intervenants une vision globale, continue, à jour et immédiate des actions dont l'usager fait l'objet, soit les intervenants qui lui sont assignés, les services qu'il reçoit ou les ressources qu'il utilise. Le manque de disponibilité des ressources des centres jeunesse, nécessaires pour mener à bien le projet, a ralenti le déploiement, lequel devait initialement se terminer le 31 décembre 2003.

Par ailleurs, s'est dernièrement greffé au PIJ, le système d'information sur les ressources de types intermédiaire et familial, incluant la contribution financière au placement. Le déploiement de ce système devrait se poursuivre jusqu'au 31 décembre 2004.

OBJECTIF **Terminer le déploiement du système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des établissements où le déploiement est terminé	100 %	92 %

Commentaires

Le système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée, le Sicheld, est un système d'information d'envergure qui a été conçu pour aider le personnel travaillant auprès des usagers des CHSLD. Son déploiement, autorisé en mars 1995, a commencé au début de 1996 pour se poursuivre pendant plusieurs années. Le concept choisi visait à répondre à plusieurs objectifs, comme ceux d'assurer le maintien d'un dossier unique par usager, de maintenir un profil actualisé et fidèle de l'état biopsychosocial de l'usager ainsi que de faciliter la planification et la coordination des interventions.

Au cours de l'exercice 2003-2004, le Sicheld a été déployé dans quelque 30 nouveaux établissements, pour un total de 171.

Soulignons ici le caractère volontaire du déploiement de ce système ; ainsi, le résultat de 171 établissements sur un total de 185 est très satisfaisant. Il faut également préciser que la mission relative à l'hébergement de longue durée est une mission secondaire dans la majorité des établissements qui n'ont pas adopté le Sicheld. Il s'agit d'établissements de petites dimensions, tels que les centres de jour, les hôpitaux de jour ainsi que les ressources de types intermédiaire et familial. Le coût pour le déploiement du Sicheld et l'existence d'un autre système d'information qui répond aux besoins de l'établissement font partie des motifs qui expliquent la décision de ne pas faire installer le Sicheld.

En 2005, l'informatisation des réseaux locaux de services et le règlement imposant aux établissements de transmettre les données précisées dans le cadre normatif afin de constituer la banque de données communes sur les clientèles en hébergement inciteront toutefois les établissements qui ne disposent toujours pas du Sicheld à le faire installer.

OBJECTIF **Assurer la mise en œuvre du *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux – Volet sécurité*.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des rapports régionaux faisant état des travaux sur le cadre global, qui ont été déposés	100 %	50 %, soit 9 rapports sur 18

Commentaires

Le Ministère, les organisations régionales ainsi que les établissements utilisent, sous forme électronique notamment, l'information nécessaire à la réalisation de leur mission. Ils détiennent, en outre, des renseignements personnels ainsi que des données qui ont une valeur légale, administrative, économique ou patrimoniale. L'information numérique constitue une ressource essentielle dont la sécurité doit être assurée en tout temps, compte tenu principalement du droit à la vie privée, lequel représente une valeur fondamentale de notre société.

Un cadre de gestion portant sur la sécurité des actifs informationnels s'imposait devant le recours grandissant aux technologies de l'information pour soutenir et améliorer la prestation des soins et des services. Le 24 septembre 2002, le Ministère a adopté le *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux – Volet sécurité*. Celui-ci vise à soutenir la mise en place des dispositions législatives qui s'appliquent au secteur sociosanitaire et des normes reconnues en matière de sécurité de l'information, étant donné l'évolution des besoins de l'environnement technologique du réseau de la santé et des services sociaux.

Les principales composantes du cadre global sont :

- la Politique nationale sur la sécurité des actifs informationnels, qui définit un ensemble de principes à suivre pour protéger adéquatement les actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Elle s'appuie sur le cadre législatif, sur les règlements et sur les directives qui doivent être appliqués par tous les organismes ainsi que par les utilisateurs des actifs informationnels ;
- la description des rôles et des responsabilités des différents acteurs en matière de sécurité des actifs informationnels dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- les mesures, en ce qui a trait à la sécurité des actifs informationnels, qui permettent l'instauration dans le réseau de la santé et des services sociaux de procédures et de règles obligatoires en cette matière.

En adoptant le cadre global, le Ministère a prévu une période de trois ans pour sa mise en œuvre et son utilisation.

À ce jour, les principales réalisations sont la publication de cinq guides pour faciliter la mise en œuvre du cadre global dans les organismes du réseau sociosanitaire, l'élaboration d'un plan de formation ainsi que la définition d'une série de normes de sécurité précisant les modalités d'application des mesures énumérées dans le cadre global, dont l'architecture de sécurité.

Dans plusieurs régions, les travaux relatifs à l'implantation des mesures, pour se conformer au cadre global, sont avancés, mais le manque de ressources financières de certains établissements freine ceux-ci. Le Ministère a donc entrepris, d'une part, une analyse afin de mesurer, pour chacun des 430 établissements, tant l'avancement des travaux que les besoins financiers et, d'autre part, un plan d'action pour que tous puissent se conformer au cadre global. Un tableau faisant état des travaux a été produit à partir des neuf plans régionaux déposés au Ministère ; les neuf plans manquants devraient lui être transmis à l'été 2004.

Au cours de la prochaine année, le Ministère prévoit offrir une formation sur le cadre global ; il veut ainsi sensibiliser le personnel des établissements et les employés des agences à leurs obligations relativement à la protection des renseignements personnels et aux mesures à prendre dans le contexte de l'information numérique. Il entend également poursuivre sa démarche d'accompagnement en préparant un plan d'action et un montage financier pour l'application des mesures selon le cadre global. Les priorités d'intervention concernant l'application de ces mesures doivent être établies en tenant compte de la mise en place des réseaux locaux de services et du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

OBJECTIF **Assurer l'optimisation de la bande passante du réseau de télécommunications sociosanitaire.**

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des rapports régionaux sur l'utilisation de la bande passante du RTSS, qui ont été déposés	100 %	6,25 %, soit 1 rapport sur 16

Commentaires

Le Ministère a demandé aux agences de produire un rapport sur la bande passante du RTSS, dont se servent les établissements, afin de s'assurer qu'elle est utilisée de façon performante et que sa capacité n'excède pas les besoins réels.

Seule l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal a déposé un rapport sur l'utilisation de la bande passante. Celle-ci propose au Ministère de réduire certains liens et d'en migrer plusieurs autres vers des liens *ADSL* privés, *LAN/Extension* (Réseau étendu) et *MAN* Gigabits en favorisant une approche regroupée pour certains secteurs d'activité tels que celui des CLSC. Afin d'évaluer la pertinence et la rentabilité des propositions énoncées dans ce rapport, le Ministère a entrepris la réalisation de trois projets pilotes dont la conclusion est prévue à l'été 2004.

Dans les autres régions, la difficulté à obtenir des données significatives et le manque d'outils appropriés ont rendu compliquées l'analyse de la bande passante et la production d'un rapport exhaustif. Devant cette difficulté, le Ministère a mandaté, au début de l'année 2004, le technocentre national de la Sogique pour effectuer cette analyse. Au terme de celle-ci, la Sogique remettra un rapport dans lequel elle décrira la situation actuelle et fera des recommandations. Ce rapport est attendu à l'été 2004.

Le Ministère devra effectuer certaines vérifications, de pair avec les technocentres régionaux de la Sogique, afin de s'assurer que les réductions qui pourraient être apportées n'auront pas de conséquences négatives sur la performance de certaines applications.

Enfin, le Ministère négocie actuellement avec le Groupe des télécommunicateurs du Québec – consortium regroupant Bell Québec, Télus et Télébec – afin d'obtenir des capacités de bandes passantes supérieures à moindre coût, ce qui devrait permettre tant une utilisation plus rationnelle du RTSS que l'absorption d'une partie des dépenses additionnelles découlant de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des besoins liés au plan d'informatisation.

ORIENTATION STRATÉGIQUE 4

Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses.

Le retour à l'équilibre budgétaire

OBJECTIF Se doter d'outils permettant de faire les choix appropriés.

Sous-objectif

Mise en oeuvre des actions permettant de se doter de mécanismes permanents d'évaluation des technologies de la santé.

Indicateur	Cible	Résultat
Mécanisme de coordination et de suivi des projets d'évaluation fonctionnel	31 mars 2004	Travaux en cours

Commentaires

Dans son rapport, rendu public en décembre 2000, la Commission Clair a fait état des enjeux et des défis posés par les nouvelles technologies. Les choix en cette matière doivent donc être fondés sur des évaluations approfondies et objectives qui tiennent compte de l'efficacité et de la valeur ajoutée de tel traitement ou de tel équipement, mais également des valeurs et des ressources de notre société.

Le renforcement des mécanismes d'évaluation des technologies a donc été ciblé par le Ministère. L'AETMIS étant l'organisme mandaté pour formuler des avis sur l'efficacité des technologies et des modes d'intervention en santé, il a été convenu que les actions du Ministère se feraient de concert avec celle-ci.

En juin 2003, un comité de coordination et de suivi des projets d'évaluation a été mis en place afin de coordonner les demandes formulées à l'AETMIS, de sélectionner les technologies à évaluer en priorité dans un temps compatible avec le moment de la décision du Ministère et de voir à ce que des suites soient données aux avis produits par l'AETMIS. Le Ministère a également rehaussé de près d'un million de dollars le budget de celle-ci pour qu'elle puisse accroître sa capacité à produire des évaluations, et ce, dans des délais plus courts. Elle a, pour sa part, revu ses processus de production scientifique et réduit dans des proportions de 24 à 31 % ses délais.

En 2003-2004, l'AETMIS a donné suite à cinq nouvelles demandes jugées prioritaires par le Ministère, lesquelles portaient sur :

- les prothèses auditives à ancrage osseux ;
- l'utilisation d'un système visuel d'intensification infrarouge (vision nocturne) en déficience visuelle ;
- l'utilisation de l'oxygène liquide en oxygénothérapie ambulatoire ;
- le triporteur et le quadriporteur comme solution de remplacement au fauteuil roulant motorisé ;
- l'organisation des services offerts aux personnes souffrant de douleurs chroniques incapacitantes.

Une contribution particulière plus soutenue de l'AETMIS a également été prévue en cardiologie tertiaire et en télésanté, deux secteurs où les enjeux financiers sont considérables.

Des travaux du Comité de coordination et de suivi des projets d'évaluation des technologies en santé découlent également d'une meilleure compréhension des attentes et des impératifs des décideurs du Ministère, de sorte que l'AETMIS a été en mesure de fournir, lorsque nécessaire, des avis préliminaires permettant au Ministère de respecter ses échéances. C'est le cas notamment pour l'évaluation d'une nouvelle génération médicamentée de tuteurs coronariens très coûteux.

Satisfait des résultats et des retombées attribuables à la création de ce comité, le Ministère entend poursuivre ses travaux afin de consolider ce comité, et établir des liens avec l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé ainsi qu'avec les CHU ayant notamment pour mission d'évaluer les technologies en santé.

OBJECTIF **Identifier et monitorer les principaux facteurs de croissance des dépenses.**

Indicateur	Cible	Résultat
Publication de tableaux de bord sur les facteurs de croissance des dépenses	Dépôt du premier rapport présentant la conjoncture dans le domaine des dépenses sociosanitaires en mars 2004	Rapport déposé en mars 2004

Commentaires

En 2001-2002, le Ministère commençait les travaux nécessaires à la réalisation d'analyses systématiques et intégrées des facteurs externes (économiques, sociaux et démographiques) et internes (main-d'œuvre, production des services, technologies, médicaments, etc.) de croissance des dépenses. Ces travaux faisaient suite à une recommandation du rapport de la Commission Clair invitant le Ministère à se doter d'un plan de monitorage de ces facteurs. Un tel plan permettra de rassembler les connaissances, l'expertise et les données sur l'ensemble des facteurs agissant sur la croissance des dépenses qui sont dispersées dans le Ministère et son réseau. Il favorisera également une meilleure compréhension des phénomènes associés à cette croissance. En outre, le plan de monitorage devrait soutenir une gestion plus proactive à tous les paliers du système de santé et de services sociaux, contribuant ainsi à mieux maîtriser les dépenses.

En mars 2004, le Ministère a préparé un document dans lequel il décrit le cadre d'analyse général et présente les principaux facteurs responsables de l'évolution des dépenses sociosanitaires qu'il entend surveiller. Un document synthèse qui contient des indicateurs illustrant quelques éléments de la dynamique et de la conjoncture des dépenses sociosanitaires a également été produit. Il s'agit d'une première étape, un préalable à la publication des tableaux de bord.

Le Ministère prévoit maintenant étudier en détail chacun de ces facteurs et faire état de la croissance globale des coûts pouvant être prévue pour les prochaines années à partir de l'observation de la situation des années précédentes. La recherche et la collecte d'information demandent beaucoup d'efforts. Cependant, dès le prochain exercice, le Ministère commencera la diffusion formelle des résultats, des analyses et des tableaux de bord. Une fois les besoins des divers utilisateurs ciblés et la mise en place des outils de collecte et d'analyse de l'information achevée, la surveillance s'intégrera au processus de planification stratégique et sa mise à jour se fera annuellement.

OBJECTIF **Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit.**

Indicateur	Cible	Résultat
Déficit annuel d'exploitation	318,4 M$	358,6 M$

Commentaires

Le Ministère a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics de la santé et des services sociaux. Après le dépôt du budget initial 2003-2004, une rencontre de planification avec les organisations régionales a eu lieu et des cibles déficitaires maximales ont été signifiées à chacune d'entre elles. Ces cibles ont permis au Ministère de fixer, en concordance avec la nouvelle gouverne, ses attentes relativement au maintien de l'équilibre budgétaire et au retour à cet équilibre. Les organisations régionales devaient ensuite répartir les cibles déficitaires maximales entre les établissements de leur région.

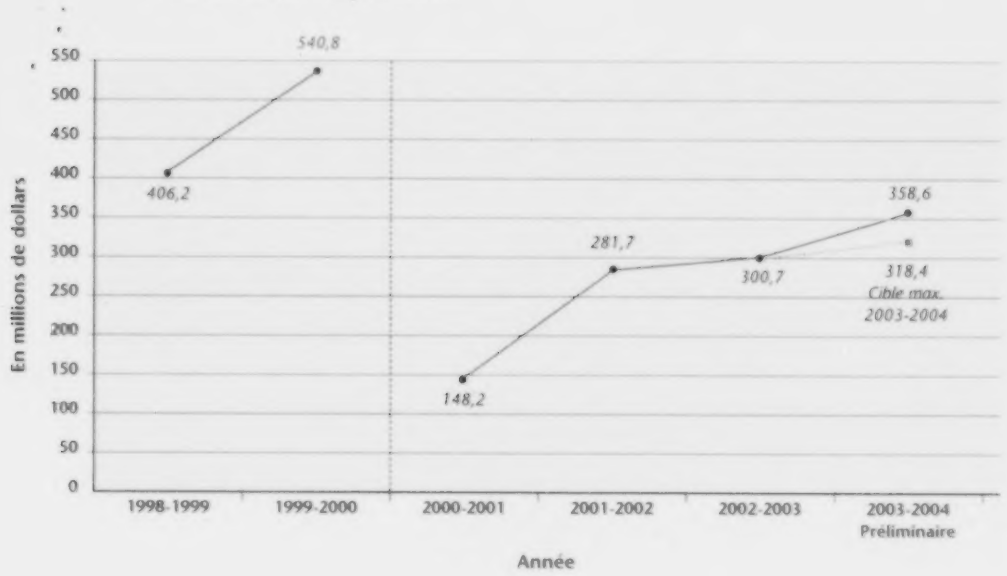
Le Ministère a organisé d'autres rencontres avec les organisations régionales et les établissements pour s'assurer que le respect de la cible déficitaire ne réduisait pas l'accessibilité aux services dont la population a besoin. Les mesures de redressement budgétaire, approuvées par le ministre en 2003-2004, ont un potentiel de redressement de plus de 40 millions de dollars.

205 établissements en équilibre – Les résultats préliminaires du 31 mars 2004 révèlent que plus de 60 % des établissements publics prévoient terminer l'année financière 2003-2004 en équilibre ou avec un surplus.

133 établissements en déficit – Le déficit annuel d'exploitation prévu à partir des données préliminaires s'élève à 358,6 millions de dollars alors que le total des cibles déficitaires maximales signifiées aux organisations régionales s'élevait à 318,4 millions de dollars, soit un écart de 40,2 millions.

Parmi les 133 établissements qui prévoient terminer l'exercice financier 2003-2004 avec un déficit, 93 bénéficient d'une cible déficitaire maximale. Parmi eux, 37 anticipent un résultat qui respecte le niveau de leur cible, alors que 56 s'attendent à un déficit supérieur ; pour 14 d'entre eux, l'écart par rapport à la cible est inférieur à 10 %. Ainsi, 40 établissements déficitaires, n'ayant pas de cible déficitaire maximale, cumulent un déficit annuel prévisible s'élevant à 7,1 millions de dollars, soit l'équivalent de 0,6 % de leur revenu d'exploitation.

Déficit annuel d'exploitation



ORIENTATION STRATÉGIQUE 5

Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

La gestion axée sur les résultats

OBJECTIF Instaurer une culture de gestion par résultats.

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des agences ayant convenu avec le Ministère de cibles à atteindre concernant les services	100 %	100 %

Commentaires

Faisant suite à la décision de l'Assemblée nationale d'implanter un nouveau cadre de gestion axée sur les résultats, le Ministère a modifié, en juin 2001, la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour permettre l'instauration de ce cadre dans son réseau. Pour les agences, l'application de ce nouveau cadre implique de convenir avec le ministre d'une entente annuelle de gestion qui découle des priorités nationales.

L'année 2003-2004 fut une année de transition. En effet, chaque régie régionale d'alors a été invitée à convenir avec le Ministère de cibles à atteindre concernant certains secteurs d'activité jugés prioritaires. Ces secteurs sont :

- l'unité d'urgence ;
- la chirurgie cardiaque ;
- l'hémodynamie et l'angioplastie ;
- la radio-oncologie ;
- les interventions chirurgicales pour les cataractes, les genoux et les hanches ;
- la chirurgie d'un jour ;
- les chirurgies avec hospitalisation ;
- les services offerts aux personnes aux prises avec un trouble envahissant du développement ;
- les services offerts aux enfants dysphasiques ;
- les services offerts aux jeunes en difficulté ;

- les services offerts aux femmes victimes de violence conjugale ;
- les services en santé mentale ;
- le soutien à domicile ;
- l'hébergement des personnes âgées.

Le Ministère a également précisé à ces régies régionales les éléments de gestion qui devaient faire l'objet d'une attention particulière. Ceux-ci portent notamment sur les suivis à effectuer à l'égard d'orientations et de programmes ministériels se rapportant aux services, sur la gestion des ressources humaines ainsi que sur le déploiement des ressources informationnelles.

Soulignons ici que les secteurs d'activité visés par les ententes de gestion doivent faire l'objet d'un suivi systématique et périodique afin de permettre l'appréciation de la performance des agences et des établissements en fonction des résultats à atteindre, lesquels sont mesurés à l'aide d'indicateurs et de cibles. Ainsi, la principale préoccupation du Ministère, pendant le présent exercice, fut la mise en place des systèmes de suivi de gestion, une condition préalable à une reddition de comptes de qualité. L'information cumulée à partir de ces systèmes permet de connaître les tendances tant nationales que régionales et ainsi, d'apprécier les effets des investissements consentis.

Précisons enfin que les résultats obtenus à la suite de la signification de ces attentes par les lettres d'entente de gestion font l'objet du présent rapport annuel de gestion.

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion des établissements ayant convenu avec leur agence de cibles à atteindre concernant les services	100 % des établissements	75 %, soit 247 des 328 établissements

Commentaires

Dans la foulée des ententes de gestion qu'elles ont conclues avec le Ministère, les agences ont commencé à implanter le nouveau cadre de gestion axée sur les résultats avec les établissements de leur région. Ainsi, comme le démontre le tableau suivant, la plupart des agences ont signifié des attentes précises aux établissements et, de ce fait, ont également établi des ententes de gestion.

Nombre d'ententes conclues par région

Région	Nombre d'établissements (n)	Nombre d'ententes conclues (n)	Taux (%)
Bas-Saint-Laurent	14	12	86
Saguenay–Lac-Saint-Jean	12	11	92
Capitale nationale	20	14	70
Mauricie et Centre-du-Québec	23	22	96
Estrie	14	14	100
Montréal	95	53	56
Outaouais	17	17	100
Abitibi-Témiscamingue	14	9	64
Côte-Nord	10	4	40
Nord-du-Québec	n. a.	n. a.	n. a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	8	2	25
Chaudière-Appalaches	20	19	95
Laval	10	9	90
Lanaudière	11	10	91
Laurentides	16	13	81
Montérégie	44	38	86
Nunavik	n. a.	n. a.	n. a.
Terres-Cris-de-la-Baie-James	n. a.	n. a.	n. a.

Les établissements engagés dans l'atteinte d'objectifs apparaissant dans les ententes de gestion, conclues avec les agences, devront fournir périodiquement des données évolutives illustrant le degré de réussite de leurs cibles et ainsi rendre des comptes aux agences. Cette activité, essentielle à l'exécution et au suivi des ententes de gestion, permettra de mesurer rigoureusement l'atteinte des objectifs nationaux.

En ce qui a trait au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, soulignons qu'ils sont soumis à des ententes particulières avec le Ministère. Quant à la région du Nord-du-Québec, étant donné que le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James remplit à la fois le rôle d'un établissement et celui d'une agence, l'entente de gestion conclue entre ce dernier et le Ministère s'avère suffisante.

L'utilisation des ressources

6.1 Les ressources humaines

La présente section fait état des ressources allouées au Ministère en 2003-2004 dans l'exercice de sa mission.

L'évolution de l'effectif et les mouvements de personnel

Au 31 mars 2004, le Ministère et les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux comptaient 858 postes autorisés réguliers et 33 ETC occasionnels, pour un total de 891 ETC. En raison de la vacance temporaire de certains emplois et de la mobilité du personnel, le nombre d'ETC utilisés dans l'exercice de sa mission se situe à 885, soit 99 % de l'effectif total autorisé.

Répartition des postes selon la catégorie et le statut d'emploi

Catégorie d'emploi	Postes réguliers		Postes occasionnels		Total	
	31 mars 2003 (n)	31 mars 2004 (n)	31 mars 2003 (n)	31 mars 2004 (n)	31 mars 2003 (n)	31 mars 2004 (n)
Haute direction et cadres	79	81	0	0	79	81
Professionnels	479	509	12	22	491	531
Fonctionnaires	263	268	6	11	269	279
Total	**821**	**858**	**18**	**33**	**839**	**891**

L'accroissement de l'effectif s'explique par le transfert, sous la responsabilité du ministre de la santé et des services sociaux, du Conseil des aînés, de l'AETMIS ainsi que du Secrétariat aux aînés à l'occasion de la formation du nouveau Conseil des ministres en avril 2003.

La mobilité interne et externe de la main-d'œuvre s'inscrit, aux yeux des autorités, à la fois comme un moyen de valorisation et de ressourcement de l'effectif. Au cours de l'année 2003-2004, on a dénombré 165 entrées en fonction ou déplacements internes et 50 départs par comparaison avec 111 entrées en fonction ou déplacements internes et 59 départs l'année précédente.

L'investissement dans la formation du personnel

Au courant de l'année, on a compté 3 195 participants aux activités de formation ; les coûts directs et indirects ont atteint 427 655 $, soit plus de 1 % de la masse salariale imposée aux organismes publics par la Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre. En 2002-2003, le nombre de participants avait été de 1 130 et les coûts correspondants avaient atteint 314 406 $.

Le programme d'aide aux employés et la santé des personnes

Au total, 162 personnes se sont prévalues du Programme d'aide aux employés. Les consultations et interventions se sont chiffrées à 716, pour un total de 567 heures d'aide individuelle. Par ailleurs, en ce qui concerne le programme ministériel de la santé et du bien-être des personnes, le Ministère a offert à son personnel les activités de prévention suivantes :

- la sensibilisation à divers thèmes liés à la santé par des conférences qui sont également enregistrées pour diffusion ;
- la vaccination contre l'influenza ;
- le soutien aux personnes intéressées à cesser de fumer ;
- les services de santé par l'entremise d'une infirmière ;
- les activités de dépistage ;
- la formation de base en réanimation cardiorespiratoire ;
- l'évaluation de la condition physique ;
- le soutien financier à l'exercice physique pratiqué de façon régulière ;
- les séances de massothérapie sur chaise.

6.2 Les ressources financières

Les dépenses pour l'année 2003-2004 du Ministère, de la RAMQ et de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'élèvent à 19 083 970 900 $.

Celles-ci se répartissent entre les quatre programmes distincts détaillés ci-dessous :

Les fonctions nationales programme 01
246 608 500 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application de la politique d'équilibre du prix des médicaments ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des différents organismes-conseils que sont le Conseil du médicament, le Protecteur des usagers, le Conseil de la santé et du bien-être, l'AETMIS, le Conseil médical du Québec et le Conseil des aînés.

Les fonctions régionales programme 02
13 908 033 300 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans le Plan stratégique 2001-2004 et ceux qui ont été signifiés aux agences dans les lettres d'entente de gestion. Il inclut également le budget de fonctionnement de celles-ci. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, ainsi que les services de réadaptation ou de réinsertion qui sont fournis par les CLSC ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés fournis par les centres hospitaliers ;
- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les CPEJ ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que les services de réadaptation et infirmiers ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis par les CHSLD ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;
- les services de prévention, d'aide et de soutien, fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes :

- la rémunération des résidents en médecine ;
- les services préhospitaliers d'urgence ;
- le système du sang ;
- les régimes de retraite ;
- le service de la dette.

L'Office des personnes handicapées du Québec programme 03
52 575 200 $

Le programme relatif à l'OPHQ vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées. Il permet à l'OPHQ de veiller à la coordination des services offerts aux personnes handicapées, d'informer et de conseiller celles-ci, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration sociale, professionnelle et scolaire. Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'OPHQ.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'OPHQ. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ophq.gouv.qc.ca].

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04
4 876 753 900 $

Le programme relatif à la RAMQ vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais y afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services optométriques ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de la RAMQ.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la RAMQ. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2002-2003 et 2003-2004 pour chacun des programmes. Une comparaison entre le budget et les dépenses 2003-2004 est également fournie.

Sommaire de l'écart budgétaire*

		(000 $)			
		2002-2003	2003-2004		
Programme	Description	Dépenses	Budget	Dépenses	Écart
01	Fonctions nationales	224 842,0	251 574,5	246 608,5	4 966,0
02	Fonctions régionales	13 030 930,0	13 921 588,8	13 908 033,3	13 555,5
03	OPHQ	55 814,0	46 970,9	52 575,2	(5 604,3)
04	RAMQ	4 609 716,0	4 894 933,9	4 876 753,9	18 180,0
	TOTAL	**17 921 302,0**	**19 115 068,1**	**19 083 970,9**	**31 097,2**

* Le portefeuille sociosanitaire a aussi disposé d'une somme additionnelle de 47 millions de dollars provenant de la Société des loteries du Québec, versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 millions a été alloué afin de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile ou dans les CHSLD. D'autre part, une somme de 17 millions de dollars a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique et pour le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent.

Les crédits initiaux du Ministère, pour l'exercice 2003-2004, se chiffraient à 19 115,1 millions de dollars. La dépense pour cet exercice est de 19 084,0 millions de dollars. L'écart est analysé selon chaque programme :

- Pour les fonctions nationales, l'écart découle principalement du retard dans la mise en œuvre des activités du Conseil du médicament et de celles qui se rapportent à la lutte contre le tabagisme, du moratoire sur le recrutement des employés de la fonction publique et d'un resserrement de la gestion des budgets de fonctionnement du Ministère et des organismes-conseils visés par ce programme.
- Pour les fonctions régionales, l'écart s'explique principalement par l'effet des fluctuations du taux de change sur les achats des produits sanguins et par les économies réalisées au chapitre du service de la dette.

- Pour l'OPHQ, l'écart s'explique principalement par un transfert de crédits à partir du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille vers l'OPHQ pour le programme Centre de travail adapté.
- Pour la RAMQ, l'écart s'explique essentiellement par la dépense du RGAM, laquelle s'est avérée légèrement inférieure à la prévision initiale.

6.3 Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles du réseau sociosanitaire

Durant l'année 2003-2004, de nombreuses activités touchant les ressources informationnelles ont été menées. L'année en fut une à la fois de consolidation, de développement et d'initiatives nouvelles. Les principales activités ont été les suivantes :

- le lancement des travaux relatifs à l'élaboration du plan d'informatisation du réseau sociosanitaire. Une tournée d'information, commencée en février 2004, a permis au Ministère de rencontrer les agences, les associations, les corporations et les fournisseurs du réseau de la santé et des services sociaux ;
- l'adhésion du gouvernement du Québec à la société Inforoute Santé du Canada ;
- la poursuite et l'intensification des travaux concernant une nouvelle architecture, le RTSS ayant atteint la saturation. De plus, des travaux d'optimisation ont été effectués dans de nombreuses régions[5] ;
- l'amorce de projets relatifs aux systèmes d'archivage et de transmission d'images, PACS, dans certaines régions pendant que dans d'autres, on préparait le déploiement de tels systèmes après que le Ministère ait levé son moratoire sur les nouveaux projets. Par la suite, le guide intitulé *Orientations pour le déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images (PACS) au Québec* a été produit et diffusé. De plus, la certification des fournisseurs de PACS s'est poursuivie ;
- l'informatisation des 59 nouveaux GMF accrédités[6]. Des procédés informatiques transitoires ont été utilisés dans l'attente d'une solution s'intégrant aux réseaux locaux de services. Ainsi, les travaux liés au déploiement de la solution de prescripteur électronique, aux résultats de laboratoire, aux médicaments et au lien avec Info-Santé CLSC se sont accélérés ;
- la production ou la diffusion d'outils et de guides, dont les principaux sont :
  - le guide sur la numérisation des dossiers à l'usage des directions des ressources informationnelles,
  - les cinq guides de mise en œuvre du cadre global de gestion des ressources informationnelles – volet sécurité dans le domaine de la sécurité et de la protection des renseignements personnels[7] (PRP),

5. Pour plus de détails, voir la sous-section « Les technologies de l'information » de la section « La présentation des résultats » l'activité ayant fait l'objet d'une cible particulière pendant l'exercice 2003-2004.
6. *Ibid.*
7. *Ibid.*

– le guide d'application du *Cadre juridique de la circulation des renseignements personnels dans le réseau* et le *Cadre global de gestion des renseignements personnels – volet PRP* ;

- l'analyse du mandat informatique, de son financement ainsi que des travaux relatifs au choix d'un fournisseur pour le dossier clinique informatisé dans le projet commun du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill ;
- la poursuite de l'implantation de nombreux systèmes, les travaux étant terminés dans certains cas. Les principaux systèmes sont :
  - le Sicheld[8],
  - la première version du système de gestion de l'accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés[9] (SGAS),
  - le système d'information de gestion des départements d'urgence[10] (SIGDU),
  - le Programme intégration jeunesse[11] (PIJ),
  - le système d'information de gestion sur les plaintes et la qualité des services, le premier à être déployé entièrement en mode Web,
  - le système de demande de services interétablissements ;
- le développement du système d'information de gestion des services préhospitaliers d'urgence et son positionnement en fonction du plan d'informatisation du projet de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées ;
- la conclusion, par le Ministère et la RAMQ, des modalités administratives concernant la gestion opérationnelle de douze banques de données. Celles-ci ont été déposées par le Ministère à la RAMQ.

Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique, au parc d'ordinateurs, au soutien technique ainsi qu'au développement et à l'entretien des systèmes ministériels, l'année 2003-2004 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- le passage, pour l'ensemble du personnel, à la version 2003 de la Suite Office ;
- la maintenance et l'entretien du parc technologique, composé notamment de 96 serveurs et d'environ 1 250 postes de travail, ainsi que divers liens de communication permettant aux sites du Ministère de communiquer avec le RTSS et les services gouvernementaux ;
- l'amélioration du parc de micro-ordinateurs par le remplacement de 25 % des postes de travail ;
- la migration à la version 4 de Zenworks pour la gestion des postes de travail (déploiement d'applications, imagerie et prise de contrôle à distance) ;

8. Pour plus de détails, voir la sous-section « Les technologies de l'information » de la section « La présentation des résultats » l'activité ayant fait l'objet d'une cible particulière pendant l'exercice 2003-2004.
9. *Ibid.*
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*

- l'amélioration de la sécurité des postes de travail par l'implantation du profil d'utilisateur concurremment à celle des systèmes d'exploitation Windows 2000 et XP ;
- l'amélioration de la qualité par l'installation de 28 serveurs, principalement des rehaussements, par la mise en grappe des serveurs pour les services Web, par la migration du système d'exploitation des serveurs Novell à la version 6 de Netware et celle des serveurs Windows aux versions 2000 et 2003 ainsi que par l'installation de deux robots ayant permis d'augmenter l'efficacité de la prise des copies de sécurité sur bandes magnétiques. De plus, la migration à la dernière version du logiciel d'antivirus sur les postes de travail et les serveurs a été complétée ;
- la mise en place d'une infrastructure (proxy serveurs dans les DMZ) permettant de resserrer la sécurité d'accès aux ressources informationnelles internes du Ministère ;
- l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont le système de gestion et de reddition de comptes, le Gestred. Cette application permet de centraliser les formulaires informatisés, lesquels faciliteront la collecte de données dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cet outil a permis de simplifier les processus de collecte actuels et de rendre accessible plus rapidement l'information tout en la centralisant sur un seul et même canal. Il a également permis de diffuser sur le Web les données relatives aux listes d'attente ;
- le déploiement d'un intranet réseau donnant une plate-forme où convergent tous les renseignements utiles, tels que les politiques, les orientations, les communiqués et les projets en cours.

L'application de certaines politiques gouvernementales

7.1 L'accès à l'égalité en emploi et le plan d'embauche

Des programmes, des plans d'action et d'autres règles ont été mis en place afin que la fonction publique reflète davantage les composantes de la société québécoise.

La représentation féminine

Le Ministère prend diverses mesures pour hausser la présence des femmes dans certaines catégories d'emploi. Ainsi, la représentation féminine a augmenté dans la catégorie des cadres et dans celle des professionnels. Au 31 mars 2004, les femmes représentent 66 % de l'effectif total.

Représentation des femmes par catégorie d'emploi

Catégorie d'emploi	31 mars 2003 (%)	31 mars 2004 (%)
Haute direction et cadres	28	37
Professionnels	50	51
Fonctionnaires	84	79

Le rajeunissement de la fonction publique québécoise

Dans l'esprit des orientations gouvernementales sur le personnel et dans le souci d'adapter les services aux besoins, le Ministère a élaboré un plan d'action qui repose sur cinq cibles, à savoir : le soutien au changement, le renouvellement de la main-d'œuvre, le développement des compétences, la mobilisation du personnel et la consolidation des services relatifs à la gestion des ressources humaines.

Souscrivant aux objectifs gouvernementaux de rajeunissement de sa main-d'œuvre, le Ministère, tant par le recrutement universitaire et collégial que par la promotion de stages durant les études, offre aux nouveaux diplômés l'occasion de faire valoir tout leur potentiel et leur énergie nouvelle. Des actions particulières sont entreprises pour préparer la relève aux emplois stratégiques, soit par le développement de compétences-clés ou par le transfert de l'expertise. L'accueil et l'intégration au travail, le comité jeunesse, la reconnaissance et la surveillance de l'état de l'effectif sont au nombre des moyens qui sont utilisés pour mobiliser davantage le personnel.

Au cours de l'année 2003-2004, 19 des 36 personnes recrutées à titre d'employés réguliers, soit 53 % d'entre elles, avaient moins de 35 ans ; pour le personnel occasionnel embauché, la proportion atteint 73 % puisque 99 des 130 personnes engagées n'avaient pas 35 ans.

Proportions des personnes ayant moins de 35 ans au moment de l'embauche selon le statut d'emploi

Statut d'emploi	31 mars 2003 (%)	31 mars 2004 (%)
Régulier	47	53
Occasionnel	69	73
Total	**61**	**71**

Pour l'exercice 2003-2004, le Ministère a donc dépassé l'objectif voulant que 70 % des personnes embauchées aient moins de 35 ans.

En ce qui a trait à la représentativité au regard de l'effectif régulier, le pourcentage des personnes ayant moins de 35 ans était de 15 % pour les professionnels et de 14 % pour les fonctionnaires au 31 mars 2003 ; un an plus tard, les proportions ont atteint respectivement 17 et 18 %.

Les membres de communautés culturelles, les anglophones et les autochtones

Au cours de l'exercice 2003-2004, le Ministère a recruté 166 personnes à titre d'employés réguliers, occasionnels ou étudiants. Parmi ces nouveaux employés, on compte trois membres des communautés culturelles et un anglophone ; aucun autochtone n'a été engagé. Le taux d'embauche de personnes appartenant à l'un de ces trois groupes cibles se situe ainsi à 2 %.

Toutefois, il est important de mentionner que la plupart des emplois ont été offerts dans la région de la Capitale nationale et très peu dans la région de Montréal. De plus, soulignons que le bassin de candidats inscrits sur les listes de déclarations d'aptitudes compromet l'atteinte de l'objectif gouvernemental voulant que 25 % des personnes embauchées appartiennent à l'un de ces trois groupes cibles.

Le Ministère reconnaît l'importance de favoriser la représentation des communautés culturelles, des anglophones et des autochtones puisque 27 personnes appartenant à de tels groupes font déjà partie de son personnel régulier et occasionnel. Il poursuivra ses actions en vue d'atteindre les objectifs fixés.

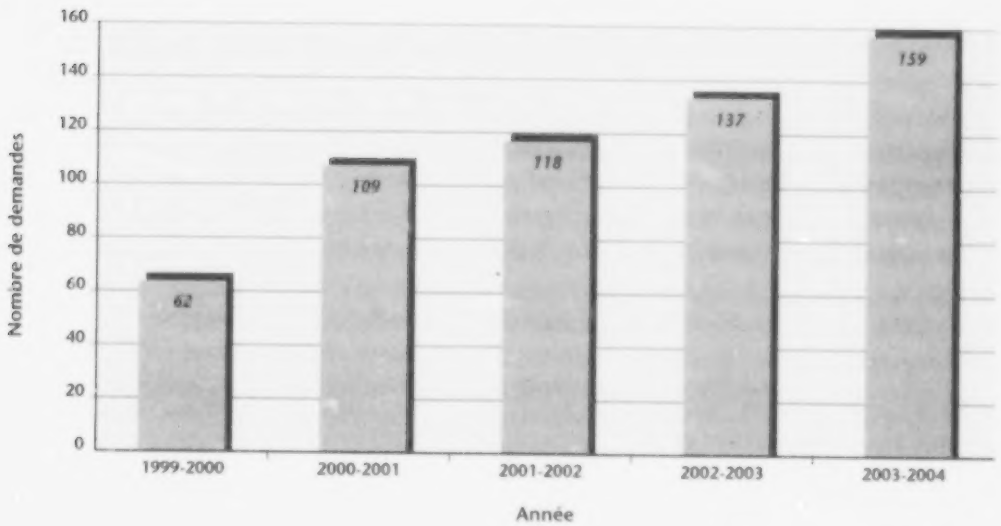
La représentation des personnes handicapées

Le plan d'embauche gouvernemental pour les personnes handicapées fixe à 2 % de l'effectif la proportion de ces personnes. Au 31 mars 2004, le Ministère compte 12 personnes handicapées par rapport à un effectif utilisé de 885 ETC soit une proportion de 1,3 % ; la proportion s'établissait à 1,2 % en 2002-2003. Ce taux correspond à la situation généralement observée ailleurs dans la fonction publique.

7.2 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2003-2004, le Ministère a reçu 159 demandes formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ci-après appelée la Loi sur l'accès : 127 demandes visaient l'obtention de documents administratifs (80 %) et les 32 autres portaient sur l'accès à des renseignements personnels (20 %). Il s'agit d'une augmentation de 16 % du nombre de demandes par rapport à l'exercice précédent.

Nombre de demandes par année financière

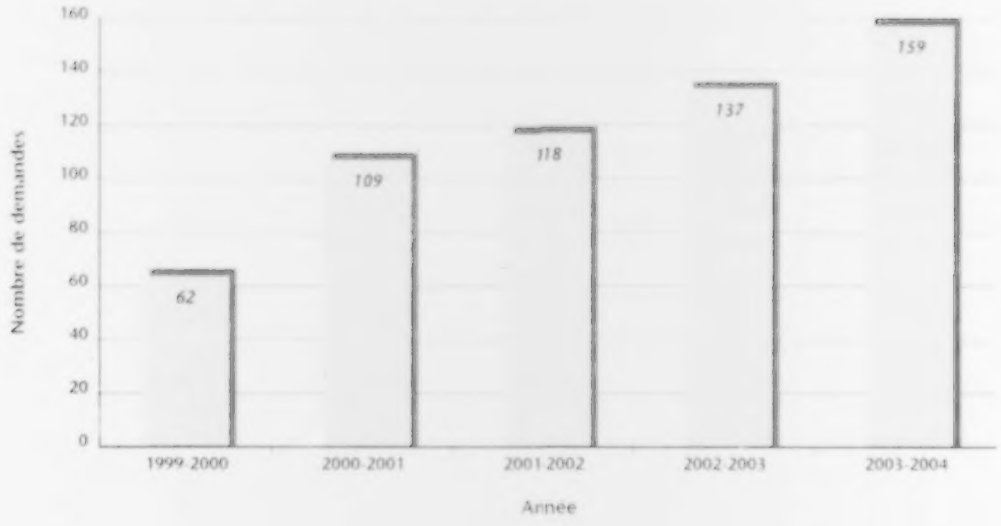


Parmi ces demandes, 57 % ont fait l'objet d'un accès total ou partiel et 23 % d'un refus de communication tandis que 20 % concernaient des documents qui ne sont pas détenus par le Ministère ou qui relèvent de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours ou moins dans 81 % des cas et 12 décisions (8 %) ont été révisées devant la Commission d'accès à l'information (CAI).

7.2 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2003-2004, le Ministère a reçu 159 demandes formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ci-après appelée la Loi sur l'accès. 127 demandes visaient l'obtention de documents administratifs (80 %) et les 32 autres portaient sur l'accès à des renseignements personnels (20 %). Il s'agit d'une augmentation de 16 % du nombre de demandes par rapport à l'exercice précédent.

Nombre de demandes par année financière



Parmi ces demandes, 37 % ont fait l'objet d'un accès total ou partiel et 23 % d'un refus de communication tandis que 20 % concernaient des documents qui ne sont pas détenus par le Ministère ou qui relèvent de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours ou moins dans 81 % des cas et 12 décisions (8 %) ont été révisées devant la Commission d'accès à l'information (CAI).

Le Ministère a également répondu à d'autres demandes, présentées dans le tableau qui suit.

Demandes reçues	2002-2003	2003-2004
Renseignements généraux et avis sur la loi	167	285
Registre de la population (actes de naissance, de mariage ou de décès)	231	474
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	54	47

À l'intérieur du plan d'action gouvernemental sur la protection des renseignements personnels, une journée de formation a été organisée à l'intention des adjoints administratifs du Ministère afin de parfaire leur connaissance quant à la Loi sur l'accès. De plus, un nouveau site intranet portant sur l'accès à l'information et sur la protection des renseignements personnels a été mis en place. Ce site comprend de brèves chroniques, les comptes rendus du Comité ministériel sur la protection des renseignements personnels et la sécurité, les politiques et les directives ministérielles, les bonnes pratiques ainsi que des liens vers d'autres sites d'intérêt du Web.

Le Ministère a par ailleurs demandé l'avis de la CAI concernant le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. De plus, une entente en vertu des articles 155.4 de la Loi sur l'assurance automobile (L.R.Q., c. A-25) et 68.1 de la Loi sur l'accès (L.R.Q., c. A-2.1), intervenue entre le Ministère et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), a reçu un avis favorable de la CAI. Cette entente de communication a pour objet de permettre à la SAAQ d'obtenir l'information relative au montant payé par le Ministère pour les services assurés donnés par les établissements, lesquels services ont été occasionnés par les accidents d'automobile.

Les travaux en vue d'assurer la protection des renseignements personnels au sein du réseau sociosanitaire se sont poursuivis. Ainsi, au mois de mars 2004, le Comité national de protection des renseignements personnels et de sécurité (CNPRPS) recevait le volet « protection des renseignements personnels » du *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux*. Ce volet du cadre global, préparé par le Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal et approuvé par les membres d'un sous-comité du CNPRPS, comprend la description du cadre juridique applicable au réseau sociosanitaire, la politique de protection des renseignements personnels ainsi que le guide pratique au bénéfice des utilisateurs.

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2004-2005. Le système d'information sur les CLSC, le registre du sang ainsi que le plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants seront présentés à la CAI pour avis. Enfin, le suivi des travaux menés par le CNPRPS ainsi que la formation et la sensibilisation du personnel feront partie des priorités d'action.

7.3 La politique linguistique

Dans la foulée de la *Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration*, le Ministère a adopté, en novembre 1999, sa propre politique linguistique intitulée *Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française*. Au cours de l'exercice 2003-2004, les principes généraux et les dispositions particulières énoncées dans cette politique ont globalement été respectés. En effet, peu d'écarts ont été constatés entre les pratiques observées et les énoncés de cette politique, ce qui porte à croire que le personnel du Ministère est soucieux de la qualité du français et s'applique à en favoriser l'usage dans ses communications verbales ou écrites.

7.4 L'éthique et la déontologie

En 2003-2004, aucun manquement à la réglementation en matière d'éthique et de déontologie n'a été signalé. Par ailleurs, plus de quinze demandes de consultation ont été traitées. Ces demandes visaient, pour la plupart, l'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique relativement aux comportements attendus, de façon à éviter au fonctionnaire de se retrouver en situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent.

De plus, les autorités du Ministère ont adopté, en novembre 2003, un cadre de référence s'adressant aux gestionnaires et portant sur les attitudes à adopter par le personnel et les gestionnaires dans trois types de situation : l'absence, l'évidence et la possibilité de conflit d'intérêts, réel ou apparent.

Parallèlement, diverses activités de sensibilisation ont été menées en ce qui a trait à l'importance d'une conduite éthique ou aux moyens d'enrichir encore la culture éthique déjà en place à tous les paliers de l'organisation. Parmi celles-ci, mentionnons :

- le dépôt dans l'intranet ministériel des documents suivants :
  - la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise*,
  - le *Règlement sur l'éthique et la discipline dans l'administration publique*,
  - la brochure et le dépliant intitulés *L'éthique dans la fonction publique québécoise*,
  - le *Cadre de référence à l'usage des gestionnaires dans l'application de l'article 6 du Règlement* ;
- la présentation de la Déclaration et du Règlement à l'occasion de la rencontre des gestionnaires d'octobre 2003 ainsi qu'au cours de trois sessions d'accueil pour le nouveau personnel. Précisons que la rencontre d'octobre 2003 a été marquée également par un exposé sur l'éthique au quotidien, prononcé par un spécialiste en la matière ;
- l'organisation d'une session de formation en éthique, à laquelle ont assisté une quinzaine de personnes ;
- la conception de deux sessions d'une demi-journée portant sur l'éthique appliquée à l'exercice des responsabilités dans deux secteurs d'activité du Ministère.

7.5 Le suivi des recommandations du rapport du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général est coordonné par le vérificateur interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les six rapports du Vérificateur général, déposés depuis l'année 2001-2002.

Les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie, Tome I, 2001-2002

Afin de répondre aux recommandations du Vérificateur général concernant les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie, le Ministère a publié des orientations ministérielles intitulées : *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, dont la mise en œuvre est prévue dans les ententes de gestion avec les agences. Aussi, pour encourager cette mise en œuvre, des visites d'appréciation de la qualité de vie des personnes hébergées ont été effectuées dans les CHSLD. Il est prévu que ce processus d'évaluation de la qualité se poursuivra.

Le Ministère prévoit également mettre en place, au cours de l'année 2004-2005, un nouveau mode d'allocation des ressources établi sur une méthode populationnelle au lieu d'une base historique. De plus, afin de trouver des solutions de rechange à l'hébergement en établissement, un appel de projets visant à expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de prestation de services a été lancé. Selon cette nouvelle organisation, la prestation des soins et des services sociosanitaires continuera d'être assurée par le réseau public alors que les activités connexes, comme la gestion de l'immeuble et l'alimentation, pourront être confiées à une autre partie, soit le secteur public, communautaire ou privé. Les projets retenus seront connus en 2004-2005.

Enfin, un groupe de travail ministériel sur les services aux aînés en perte d'autonomie a été constitué. Ses travaux doivent mener à une proposition d'un plan d'action visant une organisation cohérente des services offerts aux aînés en perte d'autonomie et permettant d'assurer la qualité de ces services. Le plan d'action tiendra compte des orientations et des politiques ministérielles en la matière. Il devrait permettre au Ministère de mieux faire face au vieillissement de la population.

La durée des séjours et la pertinence des hospitalisations dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, Tome II, 2001-2002

Au regard des recommandations du Vérificateur général relatives à la durée des séjours et à la pertinence des hospitalisations dans les CHSGS, le Ministère a amélioré l'outil principal, appelé l'Explorateur DRG, qui permet de comparer les durées moyennes de séjour et les taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour. De plus, cet outil a été rendu disponible aux utilisateurs dès la fin de l'automne 2003, pour la version portant sur l'année financière 2003-2004.

Depuis janvier 2004, le SGAS est déployé dans tout le réseau québécois de cardiologie tertiaire. Quant au déploiement en radio-oncologie, il devrait s'achever au cours du prochain exercice. Dans ces deux spécialités, l'implantation du SGAS permettra de gérer l'accès aux services par priorité, tout en fournissant de l'information de gestion normalisée.

La gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux, Tome II, 2001-2002

Les recommandations du Vérificateur général au sujet de la gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux portaient essentiellement sur la planification et la coordination des activités, sur la gestion des investissements, sur la gestion du changement et des risques ainsi que sur le suivi de gestion. Plusieurs travaux ont été accomplis à la suite de ces recommandations, déposées en décembre 2002.

En matière de planification des activités, un projet de plan d'informatisation, qui soutient les changements organisationnels liés à la mise en place des réseaux locaux de services, ainsi qu'une architecture des données, des traitements et des technologies pour le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux ont été élaborés. Depuis février 2004, le plan d'informatisation fait l'objet d'une consultation dans les régions et auprès des partenaires. Par la suite, ce plan, accompagné d'un plan de mise en œuvre et d'un plan de financement, sera présenté au ministre pour approbation.

Afin d'améliorer la coordination des activités, un cadre de gestion préliminaire des ressources informationnelles a été produit ainsi qu'un cadre de gestion opérationnel du RTSS, un cadre global de gestion de la sécurité des actifs informationnels du réseau de la santé et des services sociaux et un cadre pour la protection des renseignements personnels. Le Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles (CCCRI) et le Comité de liaison formel du Ministère avec Sogique ont été mis en place.

En ce qui a trait à la gestion des investissements, les mécanismes du plan triennal d'immobilisation (PTI) – volet des technologies ont été révisés afin d'adapter les investissements aux priorités d'affaires des directions générales du Ministère, et une méthode de gestion des bénéfices pour gérer les investissements a été conçue. Dans le plan d'informatisation, un cadre normatif a été déterminé. Au regard de la gestion du changement, des démarches ont été proposées pour la mise en œuvre du plan d'informatisation ainsi que pour la définition des projets avec Inforoute Santé du Canada. Par ailleurs, une méthode de gestion des risques a été établie.

Enfin, pour ce qui est du suivi de gestion, un mécanisme de suivi budgétaire des projets financés par le PTI et un plan de gestion des ressources informationnelles (PGRI) ont été implantés ainsi qu'une première version d'un tableau de bord PTI-PGRI et une banque de documents du CCCRI. Le volet sur les ressources informationnelles a finalement été intégré dans les ententes de gestion en 2004-2005.

La certification des indicateurs en santé, Tome II, 2001-2002

Avec l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les gouvernements s'engageaient à poursuivre le travail portant sur la définition d'indicateurs comparables, mutuellement convenus entre les provinces, ainsi qu'à produire et à faire connaître leurs rapports à la population pour 2004. Ce mandat s'inscrivait en continuité avec l'engagement pris entre les premiers ministres en septembre 2000. Le Ministère participe à la réalisation de ce mandat en poursuivant les travaux techniques nécessaires à la définition d'indicateurs dont les données doivent être à la fois de qualité et comparables avec celles des autres provinces.

À la lumière de ces travaux, le Ministère prend acte des recommandations émises par le Vérificateur général dans son rapport sur les indicateurs comparables de santé. Ainsi, il convient de l'importance de s'assurer que les rapports se fondent sur des données fiables et exhaustives, adéquatement présentées à la population du Québec. Toutefois, dans un travail de comparaison pancanadien, des efforts techniques continus, considérables et à long terme sont exigés, puisqu'il faut tenir compte des conditions particulières à ce contexte, soit le développement de nouveaux outils, la mise à niveau de banques de données, les ajouts aux questionnaires utilisés pour les enquêtes ainsi que la conciliation des caractéristiques et des exigences des différents interlocuteurs (provinces et territoires canadiens et organisations fédérales, plus particulièrement Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada).

Les services de santé mentale, Tome II, 2002-2003

C'est sans attendre le dépôt de la version définitive du rapport du Vérificateur général sur les services de santé mentale que le Ministère a engagé des actions au regard des problèmes soulevés.

Ainsi, il a créé la Direction de la santé mentale et a augmenté le nombre de ressources professionnelles affectées à ce secteur. De plus, le Ministère a nommé un groupe d'experts et lui a demandé de se pencher sur des problèmes prioritaires qui étaient d'ailleurs relevés par le Vérificateur général, soit l'accès aux services pour les personnes ayant un trouble mental, l'intervention auprès des personnes présentant un risque suicidaire élevé ainsi que les services d'urgence. Le groupe d'experts a déposé deux rapports sur ces sujets au ministre.

Un plan d'action est actuellement en préparation. Il couvrira l'ensemble de l'univers de la santé mentale en tenant compte, entre autres, des mesures proposées par le groupe d'experts. Il sera soumis à une consultation élargie dans le réseau de la santé et des services sociaux dès l'automne 2004.

Les cibles et les indicateurs relatifs au programme de santé mentale ont été raffinés et précisés. Par exemple, pour l'année 2004-2005, le Ministère vise à ce qu'une proportion de 50 % des personnes ayant des besoins, reconnus selon les normes théoriques pour le suivi intensif dans la communauté, soient prises en charge et que cette proportion soit de 30 % pour le soutien d'intensité variable de type Case Management. Cette précision accrue des cibles et des indicateurs s'inscrit tout à fait dans le sens des recommandations du Vérificateur général. Le suivi de gestion par des indicateurs appuyé d'attentes administratives plus précises facilitent la négociation d'ententes de partenariat claires avec les agences.

Le Ministère a pris acte des recommandations du Vérificateur général et il a enclenché des actions pour améliorer l'organisation des services de santé mentale. Ces gestes se poursuivront au cours de la prochaine année.

La gestion des répercussions sociales et économiques liées aux jeux de hasard et d'argent, Tome II, 2002-2003

Les recommandations du Vérificateur général relativement à la gestion des répercussions sociales et économiques liées aux jeux de hasard et d'argent ont pour la plupart fait l'objet d'un suivi par le Ministère. Soulignons que ces mesures s'inscrivaient dans les actions déjà entreprises par celui-ci.

Ainsi, le Ministère continue d'appliquer les mesures proposées dans le plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005 et celles de la concertation interministérielle. Il a également intensifié les services de traitement et de réinsertion offerts aux adultes. Les efforts à venir seront principalement dirigés vers la prévention, le dépistage, l'intervention précoce et la recherche, et ce, en collaboration avec les organismes concernés. Ces efforts tiendront compte des résultats de l'évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique à laquelle procède l'Institut national de santé publique du Québec.

Annexes

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28)

Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01)

Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être (L.R.Q., c. C-56.3)

Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (L.R.Q., c. C-68.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (L.R.Q., c. E-20.1)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (L.R.Q., c. H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. I-11)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons, les services ambulanciers et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale et modifiant diverses dispositions législatives en matière d'adoption (2004, c. 3)

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1)

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)

Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1)

Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

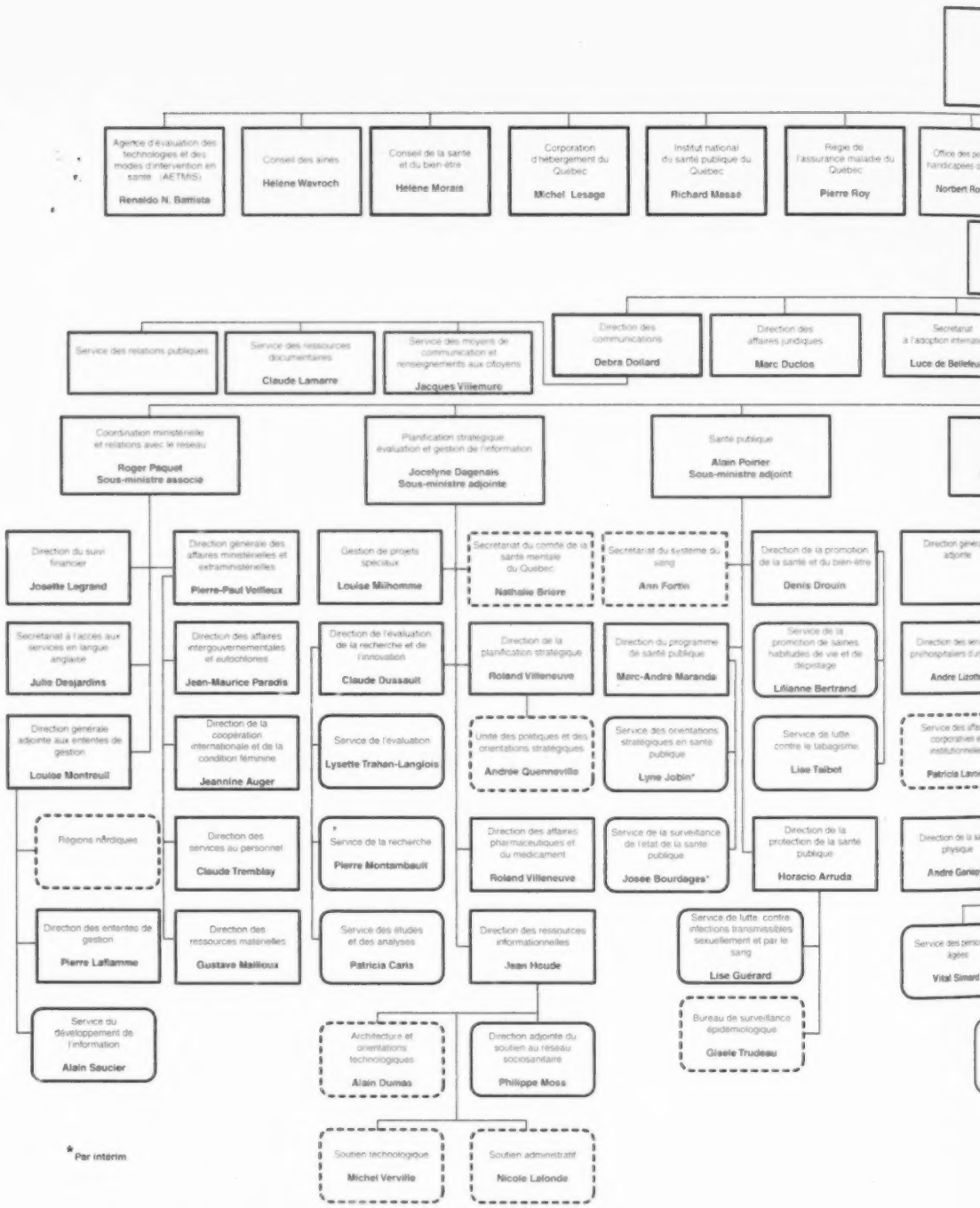
Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)

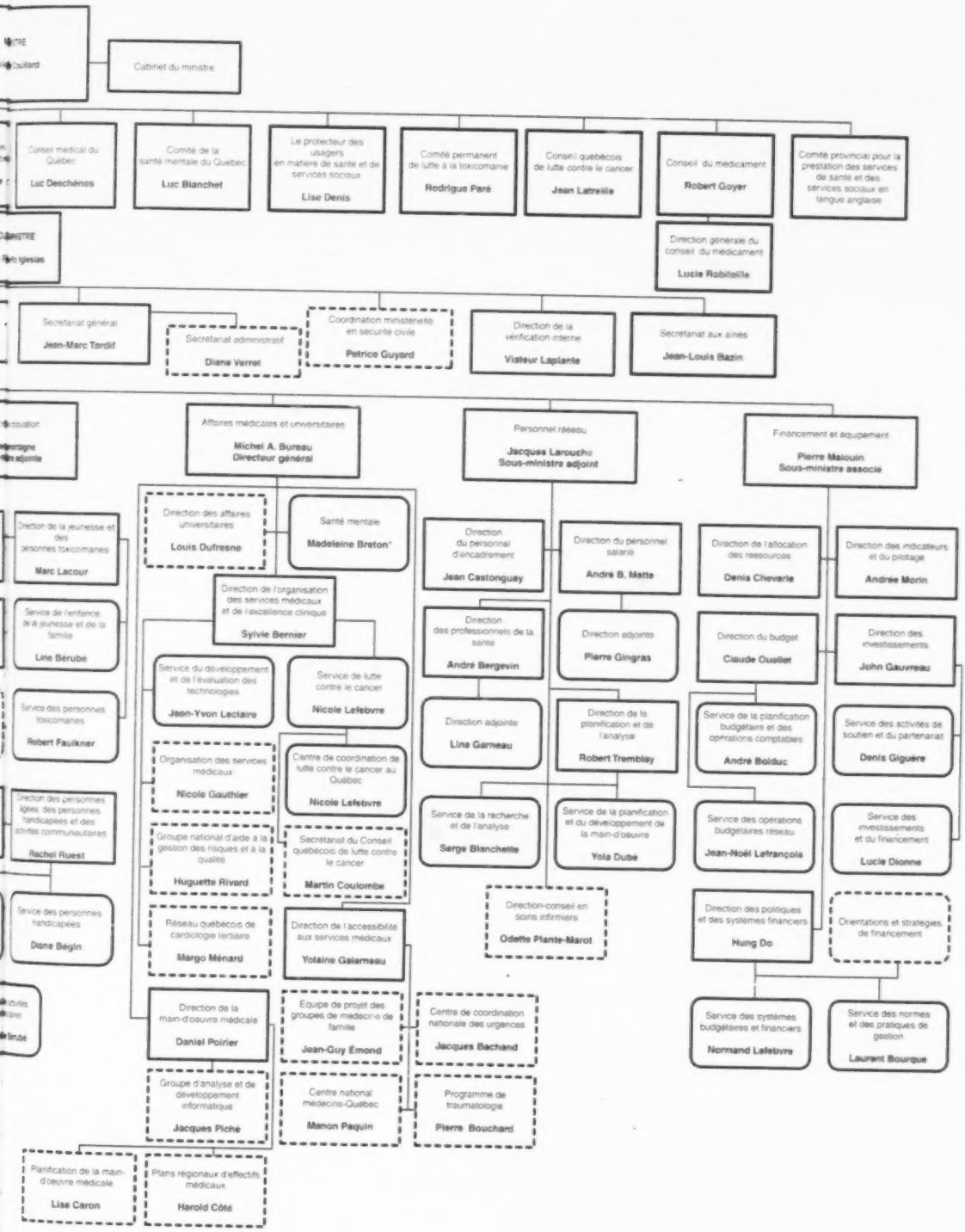
Loi sur le tabac (L.R.Q., c. T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (L.R.Q., c. U-0. 1)

Annexe II **L'organigramme du Ministère**



Les emplois d'encadrement sont identifiés en ligne continue.


Cabinet du ministre
Conseil médical du Québec
Luc Deschênes
Comité de la santé mentale du Québec
Luc Blanchet
Le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux
Lise Denis
Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Rodrigue Paré
Conseil québécois de lutte contre le cancer
Jean Latreille
Conseil du médicament
Robert Goyer
Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
Direction générale du conseil du médicament
Lucie Robitaille
Secrétariat général
Jean-Marc Tardif
Secrétariat administratif
Diane Verret
Coordination ministérielle en sécurité civile
Patrice Guyard
Direction de la vérification interne
Viateur Laplante
Secrétariat aux aînés
Jean-Louis Bazin
Affaires médicales et universitaires
Michel A. Bureau
Directeur général
Personnel réseau
Jacques Larouche
Sous-ministre adjoint
Financement et équipement
Pierre Maloin
Sous-ministre associé
Direction des affaires universitaires
Louis Dufresne
Santé mentale
Madeleine Breton
Direction de l'organisation des services médicaux et de l'excellence clinique
Sylvie Bernier
Service du développement et de l'évaluation des technologies
Jean-Yvon Leclaire
Service de lutte contre le cancer
Nicole Lefebvre
Organisation des services médicaux
Nicole Gauthier
Centre de coordination de lutte contre le cancer au Québec
Nicole Lefebvre
Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité
Huguette Rivard
Secrétariat du Conseil québécois de lutte contre le cancer
Martin Coulombe
Réseau québécois de cardiologie tertiaire
Margo Ménard
Direction de l'accessibilité aux services médicaux
Yolaine Galarneau
Direction de la main-d'oeuvre médicale
Daniel Poirier
Équipe de projet des groupes de médecine de famille
Jean-Guy Émond
Centre de coordination nationale des urgences
Jacques Bachand
Groupe d'analyse et de développement informatique
Jacques Piché
Centre national médecins-Québec
Manon Paquin
Programme de traumatologie
Pierre Bouchard
Planification de la main-d'oeuvre médicale
Lise Caron
Plans régionaux d'effectifs médicaux
Harold Côté
Direction du personnel d'encadrement
Jean Castonguay
Direction du personnel salarié
André B. Matte
Direction des professionnels de la santé
André Bergevin
Direction adjointe
Pierre Gingras
Direction adjointe
Line Garneau
Direction de la planification et de l'analyse
Robert Tremblay
Service de la recherche et de l'analyse
Serge Blanchette
Service de la planification et du développement de la main-d'oeuvre
Yola Dubé
Direction-conseil en soins infirmiers
Odette Plante-Marot
Direction de l'allocation des ressources
Denis Chevarie
Direction du budget
Claude Ouellet
Service de la planification budgétaire et des opérations comptables
André Boisluc
Service des opérations budgétaires réseau
Jean-Noël Lafrançois
Direction des politiques et des systèmes financiers
Hung Do
Service des systèmes budgétaires et financiers
Normand Lefebvre
Direction des indicateurs et du pilotage
Andrée Morin
Direction des investissements
John Gauvreau
Service des activités de soutien et du partenariat
Denis Giguère
Service des investissements et du financement
Lucie Dionne
Orientations et stratégies de financement
Service des normes et des pratiques de gestion
Laurent Bourque

Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Président : Dr Renaldo N. Battista

Adresse :
2021, avenue Union, bureau 1040
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mission de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu québécois de la santé. Ses évaluations portent sur l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de technologies de la santé ainsi que sur les modalités relatives à la prestation et à l'organisation des services.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'AETMIS peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.aetmis.gouv.qc.ca].

Le Conseil des aînés
Présidente : Mme Hélène Wavroch

Adresse :
10, rue Pierre-Olivier-Chauveau
Aile Cook, 3e étage
Québec (Québec) G1R 4J3
Téléphone : (418) 691-2006 ou, sans frais, 1 877 657-AINES
Télécopieur : (418) 643-1916

Le Conseil des aînés est un organisme gouvernemental qui a principalement pour fonctions de promouvoir les droits des aînés, leurs intérêts et leur participation à la vie collective ainsi que de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question qui concerne ces personnes. Dans le cadre de ses travaux, le Conseil veille à montrer une image positive du vieillissement, laquelle tient compte de la réalité multiple des aînés.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.conseil-des-aines.qc.ca].

Le Conseil de la santé et du bien-être
Présidente : M^me^ Hélène Morais

Adresse :
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 643-3040
Télécopieur : (418) 644-0654

Le Conseil de la santé et du bien-être a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en nourrissant des débats et en établissant des partenariats ; ces activités portent sur les objectifs de santé et de bien-être ainsi que sur les meilleurs moyens de les atteindre.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.csbe.gouv.qc.ca].

Corporation d'hébergement du Québec
Président : M. Michel L. Lesage

Adresse :
2535, boulevard Laurier, 5^e^ étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M3
Téléphone : (418) 644-3600
Télécopieur : (418) 644-3609

La Corporation d'hébergement du Québec a pour mission d'offrir aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, moyennant considération et dans un objectif d'autofinancement, l'expertise technique et financière ainsi que le financement nécessaire à la gestion, à la construction, à l'entretien et à l'acquisition d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures sociosanitaires.

Le rapport annuel de gestion de la Corporation peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.chq.gouv.qc.ca].

Institut national de santé publique du Québec
Président : D^r^ Richard Massé

Adresse :
945, avenue Wolfe
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B3
Téléphone : (418) 650-5115
Télécopieur : (418) 646-9328

La mission de l'Institut national de santé publique du Québec consiste à soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités en mettant à leur service son expertise ainsi que des services spécialisés de laboratoire et de dépistage.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'Institut peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.inspq.qc.ca].

Régie de l'assurance maladie du Québec
Président : M. Pierre Roy

Adresse :
1125, chemin Saint-Louis
Sillery (Québec) G1S 1E7
Téléphone : (418) 646-4636
Sans frais : 1 800 561-9749

Instituée en 1969, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a été chargée d'instaurer le régime d'assurance maladie, de l'administrer et d'en assurer l'accès universel à la population. À l'image de l'évolution du système de santé et de services sociaux, la RAMQ remplit aujourd'hui de multiples fonctions qui, par l'intermédiaire d'un ensemble de programmes en matière d'assurance santé, s'inscrivent toujours dans sa mission première qui est de contribuer à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécois.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de la RAMQ peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca].

Office des personnes handicapées du Québec
Président : M. Norbert Rodrigue

Adresse :
309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : (819) 475-8585 ou, sans frais, 1 800 567-1465
Télécopieur : (819) 475-8753

En vertu de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a pour fonctions de veiller à la coordination des services, d'informer et de conseiller les personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration dans toutes les sphères de la société. Il jouit du pouvoir de décider, d'une façon autonome, de diverses mesures en ce qui a trait à la planification de ses politiques et de ses règlements.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'Office peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ophq.gouv.qc.ca].

Conseil médical du Québec
Président : Dr Luc Deschênes

Adresse :
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895

Par le mandat qui lui est confié, le Conseil médical du Québec doit fournir, au ministre de la Santé et des Services sociaux, des avis sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte de l'évolution des coûts de ces services, des besoins de la population et de la capacité de payer de cette dernière.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.cmed.gouv.qc.ca].

Comité de la santé mentale du Québec
Président : M. Luc Blanchet

Adresse
1075, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : (418) 266-7077
Télécopieur : (418) 266-6708

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information du Ministère. Ses mandats généraux sont :

- de conseiller le ministre sur les questions de santé mentale ;
- de contribuer, par ses études et ses avis, aux fonctions de planification et d'évaluation dont le Ministère a la responsabilité en santé mentale.

À la suite de leur nomination par décret en mars 2002, les membres du CSMQ ont travaillé principalement, en 2003-2004, avec l'appui de plusieurs experts de divers milieux, y compris des personnes utilisatrices de services et des membres de son entourage, à la réalisation des mandats suivants confiés par le Ministère dans le contexte de la transformation des services de santé mentale.

- Le développement des connaissances, la mise en réseau de l'expertise existante et la promotion des approches intersectorielles en matière :
  - de logement pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, notamment par la préparation d'un projet d'avis en collaboration avec la Société d'habitation du Québec et par des travaux d'analyse des données ministérielles en matière de services résidentiels en santé mentale, en collaboration avec le Ministère et le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention de l'Université de Montréal ;

– d'intégration au travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, notamment par la préparation d'un rapport portant principalement sur les points de vue des secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux et par la conception d'un modèle intersectoriel pour résoudre certains problèmes concernant, entre autres choses, l'application des normes du travail. À ces travaux ont collaboré l'OPHQ, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille ainsi que le Ministère.

- La définition de critères relatifs à la qualité pour ce qui est des services offerts dans la communauté, dans la perspective de repenser la qualité des services à partir du point de vue des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Ce mandat est d'une grande importance pour soutenir le principe général de l'appropriation du pouvoir par ces personnes.

Le Conseil des ministres du gouvernement du Québec a reconnu au CSMQ par décret, en 2002, un mandat majeur sur la santé mentale des jeunes (enfants et adolescents). Les travaux en cours ont été orientés sur les valeurs, les modèles et les approches à privilégier dans le domaine de l'intervention auprès des jeunes souffrant de troubles mentaux, dans une perspective d'inclusion sociale. La planification d'un projet sur la prévention de la détresse psychologique chez les jeunes a également été entreprise, en collaboration avec l'Institut national de santé publique.

À ces mandats s'ajoutent les activités et les projets, nouveaux ou anciens, qui suivent :

- un projet sur les personnes ayant des troubles mentaux et la notion de parentalité ;
- la planification d'un projet en promotion de la santé mentale, en collaboration avec l'Institut national de santé publique ;
- le recrutement de nouveaux membres pour pourvoir les postes laissés vacants par les démissionnaires et pour augmenter le nombre de membres nommés au CSMQ.

Le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux
La Protectrice : M^me^ Lise Denis

Adresse :
500, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 6.400
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Téléphone : (514) 873-3205 ou, sans frais, 1 877 658-2625
Télécopieur : (514) 873-5665

Le Protecteur des usagers veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers et des droits qui leur sont reconnus principalement dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pour ce faire, il examine en dernière instance les plaintes formulées par les usagers au regard d'un établissement ou d'une agence et il intervient, exceptionnellement de sa propre initiative, pour assurer le respect des droits de personnes particulièrement vulnérables. Il s'assure également que la procédure d'examen des plaintes instaurée par les établissements et les agences est conforme à la loi, et ce, dans le respect des droits des usagers.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Protecteur des usagers peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.protecteurdesusagers.gouv.qc.ca].

Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Président : M. Rodrigue Paré

Adresse :
970, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Téléphone : (514) 389-6336
Télécopieur : (514) 389-1830

Depuis le 1er avril 1995, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) est rattaché au ministre de la Santé et des Services sociaux et s'est vu confier le mandat suivant :

- procéder chaque année à une analyse de la situation générale qui prévaut au Québec dans le domaine de la toxicomanie et, à cette occasion, décrire notamment l'évolution des déterminants et des méfaits, les nouveaux problèmes engendrés par la toxicomanie et les actions qu'ils requièrent ;
- conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet des orientations qui devraient être retenues par le Ministère et les autres acteurs sociaux dans une perspective de santé publique et proposer des priorités d'action ou préciser les domaines d'intervention à privilégier ;
- déterminer les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et la compréhension des questions liées à la toxicomanie ;
- formuler, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, des avis sur les questions importantes relatives à la toxicomanie.

L'année 2003-2004 s'avéra une année d'investissement majeur dans la participation aux travaux sur le Plan d'action national de lutte à la toxicomanie. Le CPLT a soutenu, sur les plans logistique et scientifique, les travaux de la table interministérielle, créée à cet effet, et a anime cette dernière avec le Ministère. Il a aussi participé aux différentes consultations d'experts du Québec en toxicomanie, rassemblés à l'intérieur de ce projet.

Les efforts consentis aux études furent importants en 2003-2004, particulièrement pour fournir un regard juste de la consommation de psychotropes au Québec en fonction d'indicateurs reconnus et pour doter les intervenants de données récentes sur des phénomènes en croissance. Afin de répondre aux différents besoins exprimés, le CPLT a, en 2003-2004, produit quatre publications :

- *Drogues : Savoir plus, risquer moins*, un document publié en seconde édition en septembre 2003, après le succès instantané et l'épuisement des stocks de la première édition (75 000 copies vendues) publiée en novembre 2001. Cette nouvelle version offre 50 pages additionnelles de renseignements et une mise à jour complète de toutes les substances, des statistiques et des lois. À ce jour, elle connaît un succès comparable à celui de la première édition ;

- *Drugs : Know the Facts Cut Your Risks*, la version anglaise de *Drogues : Savoir plus, risquer moins* devenue indispensable devant la demande croissante du milieu anglophone pour de l'information accessible et fiable. En 2003, le CPLT a donc travaillé activement à l'adaptation et à la traduction du texte français ainsi qu'à la préparation de cette version anglaise afin de répondre aux besoins réels des intervenants et d'informer la population anglophone. Lancée officiellement en avril 2004, elle est actuellement disponible dans les librairies du Québec ;
- *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, une étude majeure sur la consommation de psychotropes dans la province, publiée en novembre 2003. C'était la première fois qu'une étude dressait un tel bilan de la consommation de psychotropes à partir du plus grand nombre possible de données récentes sur la population et sur certains groupes cibles du Québec, et offrait de plus un regard comparatif sur les plans interindividuel, interrégional, interprovincial et international.
- *Ecstasy et drogues de synthèse : le point sur la question*, un document publié en octobre 2003 après constatation de la consommation grandissante de diverses drogues de synthèse, dont la plus connue est certes l'ecstasy, et en réponse à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux. Une véritable analyse de la situation dans le domaine de la toxicomanie devait permettre de reconnaître les nouvelles tendances des consommateurs et les conséquences qu'elles entraînent. Cette publication met en relief les contextes de consommation de ces différentes substances, la vulnérabilité des personnes touchées, les problèmes qui y sont associés et, finalement, le fait que ces drogues sont méconnues de la population.

En 2003-2004, le CPLT a participé à plusieurs activités et en a organisées d'autres. Mentionnons la participation à des congrès, la collaboration des membres du conseil d'administration à des colloques, à des comités et à des groupes de travail, la coopération avec des organismes étrangers ainsi que les rencontres avec les partenaires et les intervenants du milieu.

Une conférence a été organisée en juin 2003 à Alma, de concert avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, laquelle avait pour titre *La consommation de cannabis : un phénomène croissant au Québec*.

Soucieux d'apporter son appui et de partager ses ressources, le CPLT a collaboré activement à l'organisation de deux événements : le premier, Les entretiens Jacques-Cartier, est proposé par le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) et il aura lieu à l'automne 2004 ; le deuxième, Rond Point 2005, est organisé en collaboration avec quelques partenaires, dont le maître d'œuvre est la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), et il se tiendra à Montréal en avril 2005.

Le CPLT entretient des relations ponctuelles, selon les projets, avec divers organismes publics ; citons, entre autres, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Éducation, le Secrétariat au loisir et au sport, la FQCRPAT et les agences.

Il a également tissé des liens privilégiés avec ses partenaires, dont l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec, le RISQ, le réseau de la Sécurité publique ainsi que plusieurs organismes communautaires et intervenants de l'ensemble du Québec.

Conseil québécois de lutte contre le cancer
Président : Dr Jean Latreille

Adresse :
1075, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : (418) 266-6944
Télécopieur : (418) 266-8774

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il a pour mandat d'exprimer des avis demandés par le ministre et par le Ministère ou tout autre avis qu'il juge pertinent en matière de lutte contre le cancer, notamment concernant l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services. Le CQLC fait également la promotion de la lutte contre le cancer en favorisant tant le transfert des connaissances que la diffusion de l'information et il joue un rôle de veille scientifique. Les travaux du CQLC reposent sur l'engagement des intervenants et des représentants de la population ainsi que sur des partenariats avec des organismes québécois et internationaux.

En 2003-2004, à la demande du Conseil du médicament, le CQLC a préparé plusieurs avis sur l'utilisation de médicaments en oncologie, de même que différents autres documents portant notamment sur l'organisation des services ou la pratique en oncologie.

- Série d'avis sur l'efficacité et l'innocuité de la capécitabine (Xeloda®), soit :
  - en première intention de traitement du cancer du sein métastatique ou avancé ;
  - dans le traitement du carcinome des cellules rénales métastatiques ;
  - dans le traitement du cancer de l'ovaire ;
  - dans le traitement du cancer de la prostate ;
  - dans le traitement des cancers de la tête et du cou ;
  - dans le traitement des cancers de l'estomac et des cancers œsophago-gastriques ;
  - dans le traitement des cancers hépatobiliaires et pancréatiques ;
  - dans le traitement du cancer du poumon non à petites cellules de stades IIIb et IV ;
  - dans le traitement du cancer colorectal métastatique ou avancé.
- Avis sur la valeur thérapeutique du gefitinib (ZD1839, Iressa™) dans le traitement du cancer du poumon non à petites cellules.
- Cancers oculaires : critères pour l'organisation des services par palier.
- Cancers du système musculo-squelettique : critères pour l'organisation des services par paliers.

- Stratégie et plan d'action 2003-2005 du Conseil québécois de lutte contre le cancer.
- Guide d'utilisation de l'imatinib (Gleevec™) dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique.

Plusieurs autres avis et guides de pratique ont commencé à être rédigés au cours de l'année et ils étaient au 31 mars 2004, soit à différentes étapes de la rédaction ou de la révision externe.

Le CQLC a également organisé des forums, des colloques et des activités de formation sur différents thèmes de l'oncologie. Citons :

- le forum sur la recherche clinique en oncologie au Québec (7 novembre 2003) ;
- le colloque intitulé Le Cancer du poumon au Québec – Une lutte à poursuivre (21 novembre 2003, en collaboration avec le Centre de coordination de lutte contre le cancer) ;
- les journées de formation au processus méthodologique de préparation des revues systématiques de la littérature et des recommandations pour la pratique clinique (9 et 10 février 2004) ;
- le forum sur l'infirmière pivot en oncologie (26 mars 2004).

Aussi, le CQLC a contribué aux travaux du Comité consultatif sur le continuum de services en oncologie et il a déposé un mémoire au Groupe de travail ministériel sur le cancer (comité Deschênes). Il a poursuivi un projet de collaboration avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (France) sur le processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique, il a conseillé le ministre et le Ministère et il a également joué un rôle de soutien, de mobilisation et d'animation du réseau de la santé et des services sociaux pour favoriser l'avancement de la lutte contre le cancer au Québec.

Conseil du médicament
Président : M. Robert Goyer

Adresse :
1195, avenue Lavigerie
1er étage, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 4N3
Téléphone : (418) 644-8103
Télécopieur : (418) 644-8120

Le Conseil du médicament a pour fonction d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour des listes de médicaments, soit celle du RGAM et celle des établissements, et de favoriser leur utilisation optimale. À cette fin, le Conseil peut, notamment, organiser et soutenir des activités de revue de l'utilisation des médicaments, proposer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation à l'intention des professionnels et de la population, ou y contribuer, et voir tant à l'évaluation des problèmes liés à l'utilisation des médicaments

qu'à la mise en place des mesures, afin de les prévenir et de les résoudre.

Le Conseil a, en outre, pour responsabilité de soumettre au ministre des recommandations sur l'établissement et l'évolution des prix des médicaments ainsi que sur toute autre question que le ministre lui demande d'analyser.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.cdm.gouv.qc.ca].

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
Présidente : M^me^ Marjorie Goodfellow

Adresse :
201, rue Crémazie Est, 1^er^ étage, bureau 1.03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Téléphone : (514) 873-5130
Télécopieur : (514) 873-9876

La Loi sur les services de santé et les services sociaux assure aux personnes d'expression anglaise un droit d'accès, dans leur langue, aux services prévus dans les programmes d'accès aux services préparés par chacune des agences. Au début de l'exercice financier 2003-2004, le Ministère a intégré au budget régulier des agences les sommes allouées pour financer les activités favorisant l'accès aux services en langue anglaise.

En octobre 2003, le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, prévu par la loi, est relancé par le ministre. Ce comité est chargé de donner son avis au ministre sur la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ainsi que sur l'approbation, l'évaluation et la modification, par le gouvernement de chacun des programmes d'accès. Le ministre a également invité le comité à lui faire part de ses commentaires au regard des propositions relatives à la configuration des réseaux locaux de services soumises par chacune des agences. Au 31 mars 2004, le comité s'était réuni à quatre reprises. Il a travaillé à l'élaboration de son plan de travail 2004-2007.

Parallèlement, le ministre a mis sur pied, au sein de son Ministère, le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, dont les activités ont commencé le 1^er^ décembre 2003. Cette unité administrative, située à Montréal, assure la coordination des activités relatives à l'accès aux services en langue anglaise du Ministère, des agences et du comité.

L'équipe du secrétariat a également contacté tous les responsables du dossier à l'accès aux services en langue anglaise des agences. Chaque agence a été invitée à constituer à nouveau, dans sa région, le comité régional pour l'accès aux services en langue anglaise. Ce dernier devait donner son avis sur la proposition de configuration des réseaux locaux de services soumise par l'agence de sa région.

Annexe IV Le sommaire des résultats du Plan stratégique 2001-2004

Objectifs	Cibles	Résultats
ORIENTATION 1 CONVENIR DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AUXQUELS DOIVENT TRAVAILLER LES DIFFÉRENTS ACTEURS		
AXE D'INTERVENTION 1 **Sur le plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux**		
Objectif 1 : Renouveler, pour les dix prochaines années, les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être (1992).	Révision de la Politique de la santé et du bien-être pour 2002-2003.	Publication du Plan de la santé et du bien-être en 2004-2005
Objectif 2 : Établir les responsabilités en matière de promotion, de prévention, de protection et de surveillance.	Actualisation du cadre législatif de la santé publique en 2001-2002.	Atteint
	Développement du programme de santé publique pour 2002-2003.	Atteint
Objectif 3 : Assumer le rôle-conseil du Ministère auprès des autres ministères quant à l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être.	Élaboration d'un mécanisme d'analyse de l'impact des projets gouvernementaux sur la santé et le bien-être en 2002-2003.	Atteint
ORIENTATION 2 AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET ASSURER UNE ORGANISATION OPTIMALE DES RESSOURCES		
AXE D'INTERVENTION 1 **Les efforts en matière de promotion, de prévention et de protection**		
Objectif 4 : Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services.	Élaboration d'un plan d'action en santé publique, avec ses cibles particulières, portant sur la période 2001-2004	Atteint
AXE D'INTERVENTION 2 **Une première ligne de services comme assise du système de santé et de services sociaux**		
Objectif 5 : Mettre en place, graduellement, des GMF, travaillant soit dans un cabinet, soit dans un CLSC, ayant des responsabilités quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services.	Développement d'au moins dix projets de GMF en 2001-2002.	Atteint en 2002-2003
	Implantation graduelle des GMF de 2001 à 2004.	Atteint
Objectif 6 : Compléter l'offre de services de base dans les CLSC.	Mise en œuvre des orientations sur la gamme de services de base offerts en CLSC à l'intention des jeunes et de leur famille, de 2001-2002 à 2003-2004.	Atteint
	Élaboration de la Politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de leurs proches en 2001-2002.	Atteint en 2002-2003
Objectif 7 : Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions.	Implantation, en 2001-2002, des outils de gestion permettant un suivi adéquat des ressources dévolues aux services préhospitaliers d'urgence.	Atteint en 2002-2003
	Élaboration, en 2001-2002, du protocole d'entente définissant les responsabilités et les modes de financement des services de premiers répondants, en collaboration avec les associations municipales.	Entente prête à 80 %

Objectifs	Cibles	Résultats
	Implantation, à partir de 2002-2003, des services de premiers répondants.	Non atteint
	Intégration fonctionnelle, à partir de 2003-2004, de l'ensemble des acteurs offrant des services préhospitaliers d'urgence, notamment par la mise en place de CCS.	Consolidation de 5 CCS sur 8.
AXE D'INTERVENTION 3	**La qualité, la continuité et la coordination des interventions**	
Objectif 8 : Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé.	Étude sur les taux d'incidence et les causes probables des effets indésirables et des accidents évitables dans la prestation des soins de santé en 2001-2002.	Diffusion des résultats prévue pour juin 2004
	Révision de l'encadrement législatif, réglementaire et administratif, en 2002-2003, et renforcement des mécanismes d'information à l'usager.	Atteint
Objectif 9 : Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie.	Mise en œuvre des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie.	Sera atteint par la mise en place des réseaux de services intégrés
	Révision et poursuite de la mise en œuvre des cibles prioritaires en santé mentale, dont les réseaux de services intégrés pour les personnes ayant des troubles graves et persistants.	Implantation en cours dans tous les territoires du Québec
Objectif 10 : Intensifier les efforts de continuité des services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.	Élaboration en 2001-2002, des orientations à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle.	Atteint
	Suivi intensif auprès de 9 000 enfants pour qui le risque est élevé d'éprouver des problèmes d'adaptation sociale.	Atteint à 88 % à partir de 2003-2004
	Élaboration, en 2001-2002, d'une stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes atteintes d'une déficience physique.	Atteint en 2003-2004
	Poursuite de la mise en œuvre des programmes et des plans d'action pour les personnes atteintes : • d'un cancer ; • d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ; • d'insuffisance cardiaque.	Atteint
Objectif 11 : Atteindre une performance maximale dans l'utilisation et le fonctionnement des services d'urgence.	Poursuite de la mise en œuvre du plan d'action intitulé *Relever ensemble le défi des urgences*.	Atteint partiellement
AXE D'INTERVENTION 4	**La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux**	
Objectif 12 : Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers.	Identification des services médicaux et hospitaliers de première, deuxième et troisième lignes et des liens entre ces trois niveaux de services, à compter de 2002-2003.	Dépôt reporté à mai 2004
	Catégorisation des centres hospitaliers locaux et régionaux en 2002-2003.	Dépôt reporté à mai 2004

Objectifs	Cibles	Résultats
Objectif 13 : Clarifier la vision de l'organisation du réseau hospitalier universitaire.	Proposition, par un comité intersectoriel, d'une vision de l'organisation du réseau universitaire en 2001-2002.	Atteint en 2003-2004
	Révision du cadre juridique des établissements universitaires en 2002-2003.	Création de 4 RUIS en 2003-2004
Objectif 14 : Confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse.	Révision de la Loi sur la protection de la jeunesse en 2002-2003.	Dépôt reporté à la fin 2004
AXE D'INTERVENTION 5 **L'amélioration des actions relatives aux médicaments**		
Objectif 15 : Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments.	Intégration et élargissement, en 2001-2002, des mandats actuels du Conseil consultatif de pharmacologie, du Comité de revue de l'utilisation des médicaments et du Réseau de revue de l'utilisation des médicaments au sein du nouveau Conseil du médicament.	Atteint en 2002-2003
	Introduction, en 2001-2002, d'un processus élargi et de nouveaux critères pour l'inscription des médicaments.	Atteint en 2002-2003
	Renforcement, à partir de 2002-2003, des études de suivi et des revues d'utilisation des médicaments.	Mandat confié au Conseil des médicaments, créé en 2003-2004
	Discussions, à partir de 2001-2002, avec l'industrie pharmaceutique sur l'établissement de partenariats.	Atteint
ORIENTATION 3 DOTER LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIÉES, DE MOYENS INFORMATIONNELS ADÉQUATS ET DE MÉTHODES DE BUDGÉTISATION APPROPRIÉES		
AXE D'INTERVENTION 1 **La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins**		
Objectif 16 : Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant, et améliorer la répartition de l'effectif médical.	Révision des programmes de formation en médecine pour les adapter aux exigences de tous les milieux de pratique.	Atteint
	Révision de la politique triennale 2001-2004 des inscriptions en médecine.	Atteint
	Révision, en 2001-2002, des PREM pour les spécialités et, en 2002-2003, pour les omnipraticiens.	Atteint
	Révision, en 2001 et 2002, des modalités de recrutement des médecins spécialistes et des critères de participation des omnipraticiens aux activités médicales particulières.	Atteint

Objectifs	Cibles	Résultats
Objectif 17 : Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle de coûts.	Modification graduelle, à partir de 2001-2002, du mode de rémunération des médecins omnipraticiens pour favoriser l'intégration de la pratique médicale à l'ensemble des activités du réseau et l'implantation des GMF, et ce, à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire prévue pour les services médicaux.	Atteint
	Poursuivre, à partir de 2001-2002, l'instauration d'un nouveau mode de rémunération des médecins spécialistes travaillant en milieu universitaire.	Travaux en continuité
AXE D'INTERVENTION 2	**La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail**	
Objectif 18 : Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires.	Monitorage continu des besoins de main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation.	Atteint
	Développement, à partir de 2001-2002, de plans d'action pour les catégories de personnel suivantes : • infirmières ; • infirmières auxiliaires ; • technologistes en radio-oncologie ; • physiciens médicaux ; • pharmaciens ; • biochimistes cliniques ; • réadaptation physique ; • techniciens des domaines de la médecine et des laboratoires ; • cadres et hors-cadres ; • techniciens ambulanciers, préposés au traitement des appels urgents et répartiteurs.	Atteint en 2002-2003
	Implantation des programmes de développement des compétences en conformité avec la planification de la main-d'œuvre.	Atteint
Objectif 19 : Définir, avec l'ensemble des parties et à l'intérieur des conventions collectives actuelles, des mesures relatives à une organisation du travail mieux adaptée aux nouvelles réalités de l'organisation des services.	Discussion, en 2001-2002, sur les mesures relatives à la valorisation des compétences, à la définition de la mobilité et à la négociation sur le plan local.	Discussion reportée en 2004-2005
AXE D'INTERVENTION 3	**Des systèmes d'information efficaces et sécurisés**	
Objectif 20 : Définir les bases permettant de s'assurer que les systèmes d'information correspondent à une vision d'ensemble.	Définition de l'architecture de l'information et des systèmes d'information du domaine sociosanitaire en 2001-2002.	Dépôt reporté en 2004-2005
Objectif 21 : Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants.	Développement d'un portail santé québécois, d'ici 2003-2004.	Décision reportée
	Mise en réseau graduelle des GMF à partir de 2001-2002.	Atteint
Objectif 22 : Déployer progressivement les applications relatives à la télésanté en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés.	Poursuite du déploiement et de la mise à niveau des sites de télésanté.	Atteint

Objectifs	Cibles	Résultats
Objectif 23 : Mettre en place les systèmes d'information nationaux.	Parachèvement du développement, en 2002-2003, du système d'information sur les banques de sang.	Fin des travaux prévue pour 2005-2006
	Parachèvement du développement et du déploiement, en 2002-2003, des systèmes d'information sur la gestion des listes d'attente et des urgences.	Atteint partiellement
	Amorce du développement, à partir de 2002-2003, des systèmes d'information sur les coûts québécois par service rendu (le coût de revient des services offerts dans le réseau).	Intégré aux travaux des nouveaux modes d'allocation des ressources
Objectif 24 : Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social.	Déploiement du système Intégration jeunesse en 2001-2002.	Atteint en 2003-2004
	Déploiement du système d'information sur les ressources de type familial en 2001-2002.	Atteint
	Déploiement du système Intégration CLSC en 2001-2002.	Atteint
	Déploiement du Sicheld en 2001-2002.	Atteint à 92 %
AXE D'INTERVENTION 4	**L'allocation interrégionale des ressources et la budgétisation des établissements**	
Objectif 25 : Modifier les modes d'allocation des ressources et de budgétisation des établissements pour qu'ils correspondent aux nouveaux modes d'organisation des services.	Révision, à partir de 2001-2002, des paramètres d'allocation des ressources visant l'équité interrégionale.	Atteint
	Révision, en 2001-2002, des modes de budgétisation des CHSGS, des CLSC et des CHSLD selon des critères liés aux besoins de la population, à la lourdeur des cas et à la performance relative des établissements.	Atteint
ORIENTATION 4	STABILISER LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AINSI QUE LA CROISSANCE DES DÉPENSES.	
AXE D'INTERVENTION 1	**Le contrôle de la croissance des dépenses**	
Objectif 26 : Se doter d'outils permettant de faire les choix appropriés.	Mise en place de mécanismes permanents d'évaluation : • des technologies, avec l'AETMIS, en 2001-2002 ; • des médicaments, avec l'utilisation des nouveaux critères pour l'inscription des médicaments en 2001-2002.	Atteint partiellement Atteint avec la création du Conseil du médicament, en 2003-2004
Objectif 27 : Identifier et monitorer les principaux facteurs de croissance des dépenses.	Analyses systématiques et intégrées des facteurs externes (économiques, sociaux, démographiques) et internes (main-d'œuvre, production des services technologies, médicaments, etc.), à partir de 2001-2002.	Atteint
Objectif 28 : Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit.	Poursuite de la démarche de retour à l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.	Travaux en continuité

Objectifs	Cibles	Résultats
AXE D'INTERVENTION 2 **Le niveau de financement**		
Objectif 29 : Examiner les possibilités de nouvelles sources de financement.	Mise sur pied, en 2001-2002, d'un comité d'experts sur la faisabilité d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie sur une base de capitalisation.	Atteint
	Maximisation de la contribution du gouvernement fédéral au financement des services de santé et des services sociaux, de façon à rejoindre le niveau de 1994-1995 du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.	Travaux en continuité
ORIENTATION 5 CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS ET ACCROÎTRE LEUR IMPUTABILITÉ		
AXE D'INTERVENTION 1 **La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux**		
Objectif 30 : Ajuster la ligne d'imputabilité entre le Ministère, les régies régionales et les établissements	Modification de la composition du conseil d'administration et des responsabilités des régies régionales en 2001-2002.	Atteint
	Modification de la composition du conseil d'administration des établissements en 2001-2002.	Atteint
Objectif 31 : Instaurer une culture de gestion par résultats.	Renouvellement, en 2002-2003, des ententes contractuelles entre le Ministère et les régies régionales comprenant des attentes signifiées.	Atteint en 2003-2004
	Implantation d'ententes contractuelles, en 2002-2003, entre les établissements et les régies régionales comprenant des attentes signifiées.	Atteint partiellement en 2003-2004

Santé
et Services sociaux
Québec

04-102-01